This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Digitized by Google

Digitized by Google

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Medecine et de Chirurgie.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N
JUN 19 1890

Propriétaire et Administrateur - - - - DR. A. LAMARCHE,

Rédacteur-en-chef - - - - H. BEAUDESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction - - - - DR. M. T. BRENNAN.

VOLUME XVIII.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME III.

MONTRÉAL :

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 rue St-Gabriel.

1889

Digitized by Google

CATALOGUED
JUN 19 1890
E. H. B.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N.
JUN 19 1890
1771

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et administrateur : Dr. A. LAMARCHE.
Rédacteur-en-chef : - - - - Dr. H. E. DESROSIERS.
Secrétaire de la rédaction : - Dr. M. T. BRENNAN.

VOLUME XVIII. MONTREAL, 1889. NOUVELLE SÉRIE VOL. III.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des polypes du nez ; nouveau modèle de polypotome,

par A. A. FOUCHER, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal. (1)

Les différents traitements qui ont été proposés et mis en usage jusqu'à ce jour pour guérir les polypes du nez, sont tous à proprement parler du domaine de la chirurgie. Cependant l'on est convenu de désigner par traitement médical de ces tumeurs, leur destruction à l'aide d'astringents ou de caustiques. De ce dernier mode de traitement, employé d'une manière exclusive, nous avons peu à dire de favorable : les astringents et parmi ceux-là l'acide tannique en pulvérisations ou en injections interstitielles, telles que recommandées par Bryant, resserrent la tumeur et peuvent en produire la dessication, mais seulement après un laps de temps considérable.

On peut en dire autant des caustiques ; certains d'entre eux agissent superficiellement tel que le nitrate d'argent ; d'autres sont plus énergiques mais leur action est d'une délimitation difficile, tels sont l'acide acétique, le chlorure de zinc. Nous pourrions cependant établir une distinction en faveur de l'acide chromique. Cet acide, privé de son eau de cristallisation, et appliqué sur une large surface du polype surtout après dilacération, est d'une effi-

(1) Note communiquée à la *Société de Médecine pratique* de Montréal.

Digitized by Google

cacité qui rivalise avantageusement avec celle du galvano-cautère et qui ne peut être mise en doute.

L'acide chromique a une grande affinité pour les matières organiques ; il les brûle avec énergie et porte son action d'autant plus profondément que les tissus sont plus mous et plus friables.

Un polype muqueux traité avec cet agent ne tarde pas à se réduire puis à s'éliminer complètement. Chez certains patients pusillanimes, qui se refusent à toute opération franchement chirurgicale, on peut donc se servir de ce moyen et obtenir après un certain nombre d'applications variables, avec la consistance et le volume de la tumeur, arriver à une complète guérison. Cependant son emploi exige certaines précautions qu'il ne faut pas perdre de vue : il faut savoir limiter l'action du caustique au polype et protéger les portions saines de la muqueuse nasale.

Le galvano-cautère peut aussi détruire complètement un polype, c'est même un procédé qui a une indication toute spéciale dans les cas de polypes fibreux ou encore lorsque les fosses nasales très rétrécies s'opposent à l'introduction convenable de tout autre instrument. Mais c'est un traitement long.

Parmi toute la série des caustiques, ces deux derniers méritent donc d'être utilisés, mais ne sauraient constituer un bon procédé habituel. Il faut arriver à l'arsenal de la chirurgie pour trouver un moyen rationnel et rapidement efficace de guérir les polypes du nez.

Ce moyen consiste à arracher ou exciser la tumeur.

Ces deux méthodes, très en usage, ont leur avantage et leur inconvénient, mais avant d'en commencer l'analyse il importe d'établir quelles sont les conditions les plus parfaites de tout procédé opératoire :

1° Le procédé doit être d'une exécution facile et rapide.

2° Il doit avoir pour résultat une guérison complète ou au moins une extirpation radicale.

3° Enfin il doit être le moins douloureux possible et ne pas exposer à de fortes hémorrhagies.

Le procédé le plus ancien consiste à arracher le polype à l'aide de pinces. La tumeur est saisie entre les mors d'une forte pince dentelée et arrachée par torsion.

Une bonne pince ne doit être ni grosse ni petite ; trop petite elle déchirera le polype, trop grosse elle se prêtera difficilement aux efforts de torsion et causera de violentes douleurs au patient en contusionnant les parties environnantes. Si la pince est délicate, en divisant le polype en petits morceaux il se produira une hémorrhagie qui distancera les applications de l'instrument et, comme les morceaux arrachés chaque fois ne sont pas volumineux, il faudra travailler pendant longtemps avant d'obtenir quelque résultat. Si la pince est assez forte pour saisir et retenir une portion considérable de la tumeur, outre les douleurs causées par

Digitized by Google

le torsion, il y a le danger d'enlever inutilement une portion osseuse au point d'implantation. C'est un accident qui arrive trop souvent et qui peut être suivi de conséquences fâcheuses. Ce procédé, il est vrai, est d'une exécution facile, mais il est rarement radical du premier coup ; s'il arrive que le polype est lobulé on ne saisit qu'une portion de la masse polypeuse. Il faut alors renouveler l'opération autant de fois que l'on aperçoit des lobes séparés, et ce sont des douleurs de plus en plus vives, des hémorrhagies de plus en plus abondantes qui voilent les portions qu'il reste à enlever, et le patient cesse d'être docile.

Si le polype est fibreux les inconvénients que nous venons d'énumérer sont autrement graves. L'arrachement par torsion, érigé en méthode, est donc un procédé défectueux.

L'excision nous paraît un procédé plus pratique et plus sûr, à condition d'être faite avec un instrument approprié. L'excision telle que pratiquée par Woakes et Sir Morell McKenzie, à l'aide de ciseaux ou du *punch forceps*, nous paraît exposer à une complication pour le moins gênante : l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie masque immédiatement le champ opératoire, et, si la tumeur n'a pas été enlevée du premier coup, il faut attendre longtemps après chaque application de l'instrument pour pouvoir continuer l'opération.

L'excision à l'aide de l'anse froide échappe en grande partie à ce reproche. Par ce moyen la tumeur est étranglée, écrasée et, la cocaine aidant, offre peu de tendance à saigner. De plus, l'anse métallique est d'une application facile ; pour peu qu'elle soit rigide elle ensère facilement des polypes volumineux et les écrase sans grande douleur.

Pour obtenir de l'anse froide tout ce que l'on est en droit d'en attendre, il faut que le polypotome satisfasse aux conditions suivantes :

1° Il doit être d'un maniement facile ;

2° Le fil doit pouvoir être fixé rapidement et solidement ;

3° L'instrument doit être construit de telle sorte qu'on puisse pendant tout le temps de l'opération voir nettement l'emplacement de l'anse métallique ;

4° L'axe de traction doit être parallèle à l'axe de la tige qui porte l'anse, c'est le seul moyen d'éviter de faux mouvements de l'instrument dans le nez, mouvements qui auraient pour effet de causer des douleurs inutiles, de déloger le polype et nécessiter un nouveau réajustement ;

5° Le polypotome doit être assez fort pou. exciser de gros polypes.

Les serre-nœud de Jarvis, Sajous et Bryant, offrent un inconvénient commun ; l'orsqu'on les applique dans le nez, la main cache en partie le champ opératoire. Celui de Jarvis et Sajous a un autre inconvénient, c'est de se déplacer facilement dans le nez pendant que l'on fait mouvoir l'écrou destiné à raccourcir l'anse.

Digitized by Google

Il en résulte des douleurs et de la difficulté à tenir le polype bien fixé. D'un autre côté, la manière de fixer le fil à l'extrémité de l'instrument de Jarvis est défectueux et rend le rechange de fil long et ennuyeux.

Le polypotome de Baratoux nous paraît être un instrument très utile. Avec une anse très petite, il permet d'enserrer des tumeurs volumineuses grâce à l'écartement de ses deux branches dans la fosse nasale. On lui reproche d'être d'une application difficile au-delà des 2/3 antérieurs de la cavité nasale. De plus, la traction ne s'opérant qu'à l'aide d'un seul doigt, nous doutons fort qu'une tumeur volumineuse puisse être enlevée facilement de cette manière.

L'instrument de Schroetter est une modification de celui de Sajous, de même que le polypotome de Bosworth est une modification de celui de Blake ; ils ont tous l'inconvénient d'être courbés à angle obtus et de ne pas donner une idée exacte du sens dans lequel s'opère la traction.

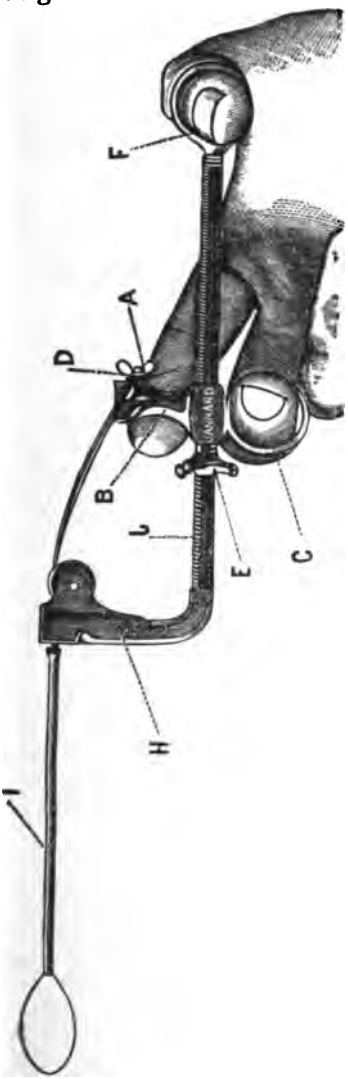
Delstanche a fait construire deux modèles de polypotome à anse froide; dans l'un la tumeur est excisée par un fil de fer, dans l'autre par un ressort de montre. Le premier est construit d'après le principe des leviers du premier genre, la pression s'exerce à l'aide du pouce. Dans le second, le ressort de montre se développe en anse une fois l'extrémité de l'instrument arrivée à l'endroit où il doit agir. L'anse ne subit pas de mouvement de retrait; lorsqu'on veut en diminuer la capacité, la constriction a lieu par un mouvement d'avant en arrière du tube qui contient l'anse, cette disposition supprime tout risque de déplacement. Ces deux instruments ne nous paraissent pas pouvoir opposer une force assez grande contre les gros polypes.

Sajous a construit un polypotome qui diffère peu de celui de Delstanche, c'est encore un instru-ment basé sur le levier du premier genre.

Après avoir employé quelques uns des instruments que nous venons d'énumérer et avoir constaté par expérience les inconvénients que nous avons signalés, nous avons cru mieux faire en faisant construire le modèle ci-contre. C'est une modification du polypotome de Bosworth. La modification porte sur la direction des deux tiges *i. j.*, sur le mode de fixation du fil et sur la forme de l'anneau destiné à aider l'action de la main. La tige qui contient le fil est parallèle au corps de l'instrument. Le bras *h* qui sépare ces deux tiges est d'une hauteur suffisante pour permettre d'appliquer l'anse sans masquer le champ opératoire. Le fil est fixé de la façon la plus rapide et la plus solide à l'aide d'une vis; il n'est pas nécessaire d'enrouler le fil à plusieurs tours, il suffit de le comprimer sur la tige *a.* à l'aide de la vis *d.* L'instrument est fort et peut résister à l'action des deux mains appliquées sur les points *b. c. f.* Dans le cas où l'on voudrait porter la traction à sa plus

Digitized by Google

forte limite on peut se servir de l'écrou *e*. Dans le polypotome de Bosworth, cet écrou est rond et quelquefois douloureux à manier. Nous avons remédié à ce défaut en lui donnant la forme d'une croix. Cette modification augmente la force sans que les doigts en soient meurtris.



Voilà donc l'instrument auquel nous donnons la préférence et qui nous paraît le mieux satisfaire aux conditions fixées plus haut.

S'il y a possibilité d'enlever le polype d'un seul coup, cet instrument peut s'y prêter mieux que tout autre. On peut donner à l'anse une grandeur conforme au volume de la tumeur sans que son entrée dans le nez en soit rendue difficile, il suffit d'amener un retrait passager du fil dans la tige creuse au moment de l'introduction et d'en opérer la sortie d'arrière en avant une fois qu'elle a dépassé le méat de la fosse nasale. On peut donc de cette façon enserrer une tumeur volumineuse.

Il arrive souvent qu'après avoir enlevé ce que l'on croyait être tout le polype on aperçoive encore en arrière ou entre les sinuosités des cornets de nouveaux lobules quelquefois aussi volumineux que les premiers. Il est souvent nécessaire de faire plusieurs applications de serrenœud, jusqu'à ce que les gros morceaux soient disparus. La cocaïne aidant, la douleur est peu accusée et l'hémorragie, dans les cas de polype muqueux, nulle ou à peu près. Nous avons pour habitude de ne pas trop prolonger la séance opératoire, il faut se guider sur la durée de l'anesthésie que procure une solution de cocaïne de 20 grains à l'once.

Digitized by Google

Dans ce cas, après avoir enlevé à l'aide de l'ouate antiseptique, le sang qui aurait pu s'accumuler dans les fosses nasales, nous cautérisons avec l'acide chromique toute la portion du polype qui reste visible, en ayant soin de ne pas toucher aux portions saines de la muqueuse. Il est rare que le sur-lendemain le polype ne soit pas encore réduit considérablement. Enfin ces applications peuvent être renouvelées à la volonté du patient et du chirurgien jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien. C'est là surtout le moment le plus important du traitement des polypes, celui de déclarer la guérison complète.

Que de fois n'a-t-on pas enlevé des polypes en une seule séance à l'aide de pinces, en rétablissant immédiatement la respiration nasale de façon à faire croire à la disparition de toute obstruction, alors que le nez en contenait encore en grande proportion.

Pour pouvoir se bien renseigner à ce sujet, il faut examiner les fosses nasales minutieusement à l'aide d'un fort éclairage et porter surtout son attention sur les anfractuosités laissées entre les cornets ; bien explorer la voûte nasale, et acquérir la certitude que des portions de polypes ne persistent pas encore au niveau de l'ouverture des choanes. Il arrive souvent que la respiration nasale est parfaitement rétablie, la voute nasale libre de toute tumeur, et cependant si l'on fait marcher fortement le patient en lui portant la tête en bas, on voit sourdre au méat postérieur un morceau de polype dont on ne soupçonnait pas l'existence et qui se hâte de fuir vers la cavité pharyngienne. Pour des cas de ce genre, et arrivé à ce moment, l'anse froide est d'une application difficile ; le moyen qui nous paraît préférable à employer consiste à saisir la tumeur avec des petites pinces *ad hoc*, pendant que le patient se tient la tête penchée en avant, et d'aller fixer cette portion de polype dans l'anse froide. Nous avons eu un cas de ce genre dernièrement où ce procédé nous a réussi.

S'il reste de petits morceaux peu accessibles à l'anse froide, la division ou l'arrachement avec de fines pinces trouve son indication. L'hémorragie qui en résulte prolonge l'opération il est vrai, mais d'un autre côté la dilacération des portions qui restent, permet à l'acide chromique de pénétrer plus profondément et de les détruire plus rapidement.

Depuis que l'électricité est passée dans le domaine pratique de la chirurgie sous forme de galvano-cautère, on a fait usage de l'anse galvanique pour enlever les polypes. C'est un procédé spécial d'excision. En principe, l'idée d'enserrer un polype dans une anse galvanique et de l'enlever en le coupant par un fil rougi est rationnelle et parait même très expéditive et facile à appliquer. Cependant en maniant quelquefois cet instrument on ne tarde pas à se convaincre que son usage n'est pas aussi utile qu'on est tenté de le croire au premier abord.

Digitized by Google

Le fil que l'on emploie doit être assez fin pour que la pile électrique puisse le porter au rouge sombre ; or un tel fil, avec nos piles ordinaires, sera d'un calibre qui lui enlèvera sa force de résistance. Il arrivera souvent qu'en serrant la tumeur avec le fil rougi, ce dernier se brisera et l'opération sera à recommencer. De plus, l'action de la cocaïne ne sera pas toujours suffisante pour empêcher des douleurs vives de se produire et le rayonnement du calorique se faisant sur une grande surface, il en résultera des brûlures inutiles de la muqueuse nasale.

En dépit de ses inconvénients, l'anse galvanique peut rendre de grands services quand il s'agit de polypes fibreux qui exposent à de graves hémorrhagies. Dans ce cas, maniée avec précaution elle peut nous donner des résultats qu'on ne saurait attendre d'aucun autre instrument.

Il y a plusieurs modèles de serre-nœud galvaniques ; celui que nous a paru jusqu'à ce jour être le plus pratique est celui de Chardin, mais nous avons cru y apporter une modification importante en donnant à cet instrument la forme de notre polypotome et en fermant le circuit à volonté à l'aide du pouce. Cette modification nous permet de ne faire usage que de trois doigts et de voir clair dans le champ opératoire.

En résumé, lorsqu'il s'agit d'enlever un polype, il faut en premier lieu en diagnostiquer la nature. Les polypes muqueux s'enlèvent de préférence avec l'anse froide aidée ou non de la dilacération à l'aide d'une pince fine. mais toujours suivie d'une cautérisation au galvano-cautère ou encore mieux à l'acide chromique. Et ce traitement doit être continué jusqu'à parfaite guérison, ce qui ne peut être reconnu qu'après un examen minutieux des fosses nasales antérieures et postérieures.

La parfaite guérison n'exclut pas la possibilité d'une récidive ; ces repullations de polypes sont malheureusement très fréquentes. Mais nous croyons qu'il faut en trouver la cause, dans bon nombre de cas, dans l'imperfection du traitement consécutif, soit que le pédicule ne soit pas cautérisé, soit qu'il reste des portions de tumeur logées dans des anfractuosités peu accessibles à la vue et au toucher.

Les polypes fibreux seront mieux traités par l'anse galvanique comme moyen rapide, et le galvano-cautère comme moyen lent.

Enfin, s'il s'agit de patients pusillanimes qui se refusent à toute opération franchement chirurgicale, l'acide chromique sera parmi les moyens lents celui qui donnera les meilleurs résultats.

Les polypes naso-pharyngiens exigent des considérations qui sortent en dehors du cadre que nous nous sommes tracé ici ; leur traitement peut être l'objet d'une étude toute spéciale qu'il serait trop long d'exposer dans le présent travail.

Digitized by Google

REVUE DE PÆDIATRIE

A travers mes livres,

par SEVERIN LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Jules Simon est une autorité en paediatrie, que l'UNION MÉDICALE a souvent cité à ses lecteurs, et que ceux-ci ont pu apprécier avantageusement ; dans l'intérêt de tous je me propose de donner un résumé de ses principales conférences faites à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris.

Les conférences de Jules Simon sont intéressantes au double point de vue thérapeutique et pathologique : la partie thérapeutique rend le médecin, indécis si souvent en paediatrie, familier avec le dosage des médicaments, dosage que Jules Simon a fixé d'une manière certaine, après de nombreuses expériences ; la partie pathologique nous donne des aperçus spéciaux sur presque toutes les maladies de l'enfance, le tout cependant ne faisant qu'un et rendant ainsi l'étude très attrayante.

Il est une vérité qui doit guider le médecin auprès d'un enfant malade, et qui doit être pour lui comme un axiôme hippocratique. c'est que *chez les enfants, il faut toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives.* Avec cette précaution constante, l'enfant peut être médicamenté comme l'adulte, les effets physiologiques seuls étant produits. Ainsi, au lieu de donner une goutte de laudanum de Sydenham, pour un cas de diarrhée, à un enfant au-dessous d'un an, vous obtiendrez d'excellents résultats en donnant cette seule goutte d'une manière fractionnée, dans 24 heures, par exemple, associée à un julep gommeux quelconque. Ainsi de tous les médicaments actifs.

Méthode évacuante :— Vomitifs.

Deux vomitifs surtout sont employés, l'ipécacuanha et le tartre stibié.

1o. *Ipecacuanha.*—Il est rarement de bonne qualité, l'émétine étant variable selon les espèces ; il entre dans la composition du sirop de Desessarts, très employé dans la coqueluche, et de la poudre de Dover. On donnera les doses suivantes de la poudre :

Pour un enfant nouveau-né ..... 0 gr. 20.
Jusqu'à un an..... 30.
A partir de un an..... ..... 50.
" " " 2 ans..... 1 gramme.

Digitized by Google

Mais on la donne plus souvent mêlée au sirop d'ipéca dans la proportion suivante :

Poudre d'ipeca..... 0 gr. 20—0 gr. 30—0 gr. 50—1 gramme.
Sirop..... 30 grammes.

Dans les deux premières années le sirop est suffisant.

Au-dessus de deux ans la poudre d'ipeca pure pourra être administrée dans de l'eau ou dans un sirop quelconque.

L'administration des remèdes ne constitue pas toujours une opération facile ; deux moyens sont à notre disposition, la violence, ou un remède masqué dans un véhicule flattant le goût.

Le moyen violent le plus simple consiste à envelopper l'enfant dans une couverture ; vous le tenez entre vos jambes et vous lui introduisez doucement entre les dents la cuiller à café chargée du médicament, puis vous inclinez l'enfant, le liquide tombe naturellement, et l'opération est finie, un mouvement réflexe de déglutition empêchant l'enfant de rejeter le médicament.

Le sirop de violette, de fleurs d'oranger, le looch blanc du codex No. 1, etc., constituent des véhicules agréables au goût et à l'odorat. Le yerba santa tue complètement l'amertume de la quinine.

2e *Tartre stibié.*—Dans les cas seuls où l'ipéca sera impuissant à provoquer le vomissement, on aura recours à l'émétique.

Pour les enfants de moins de deux ans, on prescrira la formule suivante :

Emétique..... ½ grain ou 0 gr. 0.25.
Eau de tilleul..... 100 gr.

A prendre tiède, en 4 ou 5 fois, de dix minutes en dix minutes.

A partir de deux ans, on peut porter la dose à un grain.

On ne doit pas oublier que l'ipéca et l'émétique n'ont pas seulement une action vomitive, mais qu'ils sont des excitants de la muqueuse digestive, pouvant provoquer un flux diarrhéique considérable, le tartre stibié particulièrement.

Indications et contre-indications.—C'est surtout dans les maladies des voies respiratoires et digestives que les vomitifs sont d'un fréquent usage. Nous allons passer en revue les principales, donnant la mesure d'intervention des vomitifs et traçant le rôle qui leur appartient.

Affections des voies respiratoires.—1° Laryngites.—Elles peuvent être : A, de nature inflammatoire (légères ou intenses) ;—B, spasmodiques (laryngite striduleuse, faux croup) ;—C, diphthéritiques (croup) ; les laryngites chroniques ne se rencontrent généralement pas chez les enfants.

Digitized by Google

A. Laryngite simple, légère.—Une précaution indispensable est ici de rigueur ; pour la laryngite la plus simple, il faut le séjour au lit, le changement de température étant très souvent la cause de complications inattendues. Si les boissons chaudes et le repos au lit sont insuffisants après quelques jours, et si l'enrouement se continue, on aura recours à une dose d'ipéca.

B. Laryngites intenses.—Elles se rencontrent tantôt sous l'influence d'un refroidissement très vif, tantôt sous le coup de fièvres éruptives, et occupent très souvent toute la gorge, épaississant la muqueuse, formant une secrétion muco-fibrino purulente, plus ou moins abondante, infiltrant le tissu sous muqueux et provoquant enfin des spasmes glottiques.

Quand la laryngite est *essentielle*, il faut calmer d'abord l'élément inflammatoire par des vapeurs émollientes en inhalation, des cataplasmes chauds laudanisés ou sinapisés au devant du cou, par des révulsifs appliqués sur les membres inférieurs (ouate saupoudrée de farine de moutarde et entourée de taffetas gommé) ; contre le spasme glottique, l'usage interne des préparations d'alcoolature de racines d'aconit et de teinture de belladone, mélangées à parties égales, et données de deux en deux heures, jusqu'à concurrence de dix gouttes et plus, pour un enfant de deux ans passés.

Après que ces moyens auront été mis en œuvre, les vomitifs débarasseront la cavité du larynx des mucosités devenues flottantes.

Au contraire, si la laryngite est secondaire, l'indication, tout en restant la même, sera subordonnée à la résistance des forces et à la part qu'elle doit prendre dans la situation du malade ; car on doit se souvenir constamment que l'adynamie est facilement provoquée chez l'enfant et qu'un vomitif, après plusieurs jours d'un état morbide plus ou moins grave, devra être administré avec beaucoup plus de précaution qu'au début.

C. Laryngite striduleuse ou faux croup.—C'est un accès subit, éclatant au milieu de la nuit, une suffocation terrible ; le vomitif est de rigueur, il aura pour effet de chasser les mucosités, entretenant l'excitabilité réflexe dont le spasme est la conséquence ; l'action hyposthénisante de l'ipéca contribuera plus tard à atténuer cette susceptibilité.

On évitera le second accès au moyen de la potion antispasmodique suivante :

Kermès minéral.....	0 à 05	
Alcoolature de racines d'aconit.....	5 à 10	gouttes
Teinture alcoolique de belladone.....	5 à 10	"
Sirop de fleurs d'oranger.....	30	gram.
Eau de tilleul.....	120	

Digitized by Google

Par cuillerées à dessert, d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure.

D. Croup.—Dès que la voix commence à s'enrouer, on aura recours deux ou trois fois aux vomitifs, et l'on cessera dès que l'on aura lieu de craindre que leur action hyposthénisante ne vienne s'ajouter aux effets généraux de l'empoisonnement diphthéritique.

La maladie entrant ensuite dans une phase nouvelle, la trachéotomie aura bientôt son indication.

Ici l'auteur émet les propositions suivantes : dans le croup, comme dans la diphthérie, on n'appliquera jamais de sangsues ni de vésicatoires, et on n'aura jamais recours aux mercuriaux et aux opiacés. Les toniques constituent la base de la médication. (1)

2o *Bronchites.*—Dans la première période des bronchites, des *grosses et moyennes bronches*, les vomitifs sont sans effet, il faut alors employer la chaleur, les antispasmodiques, tels que l'aconit, le kermès, et rarement l'opium, à moins que l'enfant ne présente une grande excitation.

Ce n'est que dans la deuxième période, à l'apparition des râles humides, que les vomitifs auront leur raison d'être.

Lorsque la bronchite est dans les *petites bronches*, il faudra observer de très près l'état du malade avant d'administrer le vomitif qui ne sera donné qu'une ou deux fois ; la médication révulsive et tonique le remplacera. Si le mal augmente, on n'hésitera pas à employer l'alcool, selon la formule suivante :

Eau de vie.....	15 à 20	grammes.
Julep gommeux No 1.....	120	"

Si la bronchite devient capillaire, avec complication de foyers de broncho-pneumonie, malgré l'apparence de l'indication des vomitifs, il ne faut plus y avoir recours, l'affaissement du système nerveux empêche l'action réflexe du médicament. Nous n'avons alors que deux moyens à notre disposition, les vésicatoires volants en avant, en arrière, sur les côtés de la poitrine, les laissant en place trois ou quatre heures, séparant l'application par un intervalle de six à douze heures seulement, puis les préparations alcooliques ; la dose suivante pourra être donnée :

Eau de vie.....	20 grammes
Malaga.....	30 "
Potion contenant teint. de digitale....	5 à 6 gouttes

(1) Dans plusieurs cas, en désespoir de guérison, des révulsifs violents ont été employés (mouche noire), et les résultats ont été aussi satisfaisants que surprenants. S. L.

Digitized by Google

Au bout de 4 jours on suspendra la digitale.

L'enfant sera maintenu au lit, les jambes entourées d'ouate saupoudrée de farine de moutarde, et nourri avec des liquides réparateurs. La température de la chambre sera maintenue à 18° centigrade.

3o *Pneumonie.*—Ce dernier traitement est le traitement de la *pneumonie franche lobaire* : interdiction des vomitifs, application de vésicatoires : emploi de l'alcool à haute dose et de la digitale avec la précaution nécessaire.

Les enfants ayant une tendance, après quelques jours d'excitation, à tomber dans l'adynamie, la médication rasorienne au moyen de l'émétique doit être proscrite ; que l'on se souvienne que l'alcool abaisse la température, tout en soutenant les forces du malade.

Affections des voies digestives.—Dans les angines inflammatoires, pultacées, herpétiques, on aura recours aux vomitifs en même temps qu'aux gargarismes, émollients pendant la période d'augment, et astringents pendant la période de déclin. Nous avons ici diverses affections accompagnées d'un embarras gastrique, d'une excitation nerveuse plus ou moins grande, et d'un mouvement fébrile accentué, les vomitifs exerceront une action déplétive sur toutes les glandes abdominales, une sédation nerveuse favorable, et rappelleront vers la surface cutanée une circulation et une secrétion plus actives.

Les abcès amygdaliens sont souvent la terminaison des angines inflammatoires et pultacées ; le bistouri alors n'est pas toujours un instrument de succès ; il faut résister aux demandes des parents qui pensent qu'une incision est toujours nécessaire : les vomitifs répétés fréquemment donneront plus de satisfaction ; il suffit d'avoir l'expérience de ces cas pour conclure que les tentatives d'ouverture d'abcès situés dans le tissu amygdalien donnent bien peu de satisfaction.

L'enfant devra être surveillé pendant son sommeil, le pus pouvant faire irruption dans le larynx et donner lieu à une suffocation dangereuse ; une personne attentive pourra le secourir au moment de l'issue du pus.

Embarras gastrique.—L'enfant a de l'anorexie, du malaise, et parfois de vrais accès de fièvre ; les rémittences faciles rendent le médecin indifférent ; vous ne devez pas l'être. Vous avez devant vous une congestion hépatique qui accompagne souvent le trouble de l'estomac. Combattez cet état par un vomitif tout d'abord, puis par un purgatif, vous serez étonné de l'amélioration subite qui suivra cette simple médication.

Votre abstention conduira cet état dyspeptique à l'indigestion, et de l'indigestion aux convulsions il n'y a qu'un pas.

Ajoutons en terminant cette première conférence que le vomissement, au début des fièvres éruptives, facilite l'évolution de l'éruption par la fluxion cutanée qu'il produit.

Digitized by Google

Quelques remarques sur l'hygiène scolaire et domestique des enfants, au point de vue médical,

par M. T. Brennan, M.D.,

professeur agrégé à l'Université-Laval, Montréal, médecin interne de l'hôpital Notre-Dame.

Je désire attirer aujourd'hui l'attention sur un sujet qui me semble digne de la considération la plus sérieuse de la part des personnes chargées de l'éducation de la jeunesse. C'est une question qui demande impérieusement une solution, et nuls autres que celles-là ne peuvent la lui donner.

J'ai cru que quelques idées pratiques, énoncées au point de vue médical, contribueraient à fixer les esprits sur cette partie si importante de l'éducation, l'hygiène scolaire et domestique ; car il me semble que les autorités manifestent de la tiédeur, pour ne pas dire plus, à cet égard.

Que de belles phrases, que de séduisantes figures ne lance-t-on pas au sujet de patriotisme et de supériorité intellectuelle ! Mais que deviendront bientôt ces gloires si, dans un avenir prochain, il manque des personnages pour les perpétuer ? Nous ne pouvons ici nullement nous faire illusion ; la puissance de la nation canadienne doit se maintenir et cela par sa jeunesse croissante, et celle-ci est-elle aussi vigoureuse que ses prédécesseurs ? Il y a là matière à réflexion. Des réformes sont urgentes surtout dans les classes moyennes et inférieures de la société, et nous ne parviendrons à les créer qu'en instruisant mieux, hygiéniquement surtout, la jeunesse actuelle, du peuple canadien de l'avenir.

Je me garde bien dans ces quelques lignes écrites à la hâte, de blesser les susceptibilités de qui que ce soit, entre autres, celles de ces esprits, je dirais hyperesthésiques, qui, au moindre frôlement lancent des "réflexes" meurtriers. Je crois les remarques vraies et utiles ; je les énonce. Aux autorités compétentes qui pourraient les lire, de juger si le sujet auxquel elles se rattachent mérite une pensée sérieuse.

La question du surmenage intellectuel a été soulevée et vivement attaquée dans ces derniers temps par la plupart des peuples, surtout les Français, on y travaille encore et on sollicite des réformes. Le sujet est, je crois, aussi important pour nous que pour d'autres ; je ne m'y arrêterai qu'indirectement cependant.

L'organisme de l'enfant pendant plusieurs années est à se compléter et à se perfectionner, tant physiquement qu'intellectuellement ; en un mot l'enfant croît. Il n'y a que lorsque cet organisme délicat et merveilleux a atteint presque en totalité son

Digitized by Google

développement requis, qu'il peut être soumis, sans résultats funestes, à des efforts intellectuels ou physiques considérables; jusqu'à cette époque, 14 à 19 ans, il ne doit être que guidé, non forcé. Or que fait-on d'habitude ? On a à la maison un petit bambin de 4, 5, 6 ans, dissipé, tapageur, il fatigue ses parents qui, jeunes, n'étaient jamais comme lui ; on veut s'en débarrasser, on l'envoie à l'école. Ou encore, tel autre est très intelligent ; c'est un enfant qui apprend tout ; poussons-le au plus tôt, ce sera un grand homme, un génie peut-être.

Vite ! à l'école ! laisse-là tes jeux et travaille, petit Jean ! Les parents, dans ces circonstances, réfléchissent-ils ? Non, assurément. Sont-ils coupables ? Non, encore, car ils ne savent pas mieux ; on ne leur a jamais fait même entrevoir l'inconséquence funeste qu'ils commettaient. Ont-ils su qu'on plaçant les enfants à l'école en bas âge, on les tuait intellectuellement et physiquement et que l'on provoquait chez eux une répugnance et une incapacité pour le travail intellectuel ? Savent-ils que cette précocité qu'ils se plaisent à signaler et à enflammer chez leur enfant n'est souvent qu'une pure activité morbide, avant-coureur d'une tuberculose latente ne demandant qu'une cause déterminante pour s'allumer ? Non. L'enfant est fait pour jouer, pour crier, pour développer tous ses organes par les moyens instinctifs que Dieu lui suggère ; et on l'enferme, on l'emprisonne dans un pensionnat ; on le cloue sur un banc pendant des heures consécutives pour *tâcher* de lui inculquer une foule de choses, peut-être utiles, —quand elles ne sont pas nuisibles—mais dont il n'a aucunement besoin pour le moment, et qu'il n'est souvent pas en état de comprendre, bien moins encore de s'approprier.

Mais, crie-t-on de suite, c'est perdre du temps précieux que de n'envoyer l'enfant à l'école qu'à 12, 15 ou 16 ans. Moi, je crois le contraire ; c'est une forme de "*perd-gagne*," et l'expérience le prouve. J'ai toujours vu qu'un jeune homme âgé de 16, 17 ans pouvait accomplir, dans 5 ou 6 ans, ce que les enfants placés à l'école à l'âge de 5, 6 ans mettent 15 ou 16 ans à faire ; et le bon sens le veut ; à 15 ou 16 ans l'organisme est plus en état de supporter physiquement et intellectuellement les fatigues qu'une bonne éducation pratique entraine ; il est en bonne santé, vigoureux, ayant pu jouer et se développer au grand air, le reconstituant par excellence ; le jeune homme a faim d'instruction, il saisit les notions avidement et se les assimile rapidement et sans surmenage. Il fera un homme bien équilibré, tandis que les autres, ayant passé des années inutiles à "piocher" pour arriver au même but intellectuel, feront des tuberculeux, des névropathes, des dégénérés et parfois des aliénés. Combien d'enfants sont ainsi surmenés, sacrifiés. Aussi Dieu, dans sa bonté, pour les soustraire à ces influences destructrices, couvre-t-il souvent d' "abrutissement", et d'hébétude intellectuels protecteurs, l'intelligence

Digitized by Google

dont plus tard il fera un génie. Les exemples ne manquent pas.

Le temps consacré à l'étude doit être sérieusement considéré et être en rapport avec le développement de l'élève. Que dans nos écoles pour externes, une fois les heures de classe finies, le travail le soit de même. Que l'élève une fois rendu chez lui ne soit pas obligé de s'atteler pendant des heures pour faire des devoirs ou apprendre des leçons pour le lendemain ; qu'au moins pour quelques heures l'idée de l'étude obligatoire ne le hante pas ; qu'il soit libre et qu'il s'amuse. Que les études soient groupées de façon à créer de la variété et dans l'esprit et dans la position du corps. Qui ne connaît les fatigues d'une tension prolongée de l'esprit, même chez l'adulte. Et quels ne doivent pas être les ennuis d'un enfant, dont la nature est dé s'agiter, condamné à occuper pendant un temps souvent trop long, une position quelquefois des plus fatiguantes.

Ces fatigues ne sont que passagères, mais je désire attirer vivement l'attention sur leurs abus.

Le médecin est trop souvent témoin des désordres que cause un cours d'études mal conduit hygiéniquement.pour qu'il ne soit pas frappé de l'importance d'une surveillance individuelle de ce côté. Je ne puis entrer ici dans les détails d'hygiène scolaire proprement dite ; je ne puis que rappeler les troubles oculaires divers dûs à un mauvais éclairage, à des livres mal imprimés, aux recherches continuelles dans les dictionnaires, etc. ; les troubles de la voix par des exercices de chant mal conduits, etc.; les troubles produits dans le squelette et l'appareil locomoteur par des positions vicieuses que prend l'enfant sur son pupître, en classe et ailleurs, et en portant des monceaux de livres sous le bras ou suspendus au dos, de l'école à domicile et vice versa, comme les coxalgies, déviations de la colonne vertébrale, maladie de Pott, relâchements articulaires, poitrines rentrées, atrophies musculaires, etc.

Dans tous les pensionnats une part assez large est elle donnée au sommeil ? Autre point à considérer et à vérifier.

Des abus touchant au côté moral de l'éducation sont souvent cause de déchéance physique et intellectuelle. Quel est le médecin qui n'a pas eu à combattre les tristes effets d'habitudes de masturbation contractées et perpétuées dans les maisons d'éducation, et quel est celui qui n'a pas maintes fois déploré le sort de ces nombreux dégénérés qui s'acheminent vers les asiles d'aliénés, victimes d'une plaie que l'on peut à peine signaler sans s'exposer aux plus amers reproches de part et d'autre. L'hygiène n'y pourrait-elle rien par hasard ? Et si elle réclame une surveillance des plus sévères, tant médicale que laïque, se récriera-t-on ? Je n'insiste pas sur un sujet toujours scâbreux pour celui qui ose l'aborder.

Autre point à rapprocher de celui-ci. N'y aurait-il pas avantage d'apprendre pieusement et chrétiennement aux jeunes gens d'un

Digitized by Google

certain âge le rôle qu'ils sont appelés à remplir dans le monde, comme *hommes*, et les écueils à éviter. Les scrupules mal placés sont, je crois, cause que beaucoup d'entre eux, avec la curiosité naturelle de l'inconnu et du mystérieux apprennent autrement, et plus funestement hélas, non seulement pour eux, mais pour tous leurs descendants, ce qu'ils sont en droit de savoir au sujet des fonctions sexuelles. Tout médecin sait ce que sa pratique journalière lui apprend sur ce sujet.

Les jeux et les amusements doivent recevoir leur part de considération hygiénique. La gymnastique, qui est appelée à occuper une place importante, vu les excellents effets à en retirer, ne devrait pas être, ce me semble, uniforme pour chaque élève, mais s'adapter aux exigences de chaque organisme ; car, mal appliquée, au lieu de produire un bon effet, elle pourrait être des plus nuisibles. Il en est de même de l'exercice militaire et des autres exercices pour le développement physique du corps, qui tous, bien choisis, deviennent de la plus haute utilité à l'élève.

Un mot des punitions ; elles sont dignes d'attention. D'abord, une des plus légères : baiser la terre ! Quelle triste punition ! quel cerveau a pu imaginer une pareille sottise ? et après la deuxième ou troisième fois, quelle influence exerce-t-elle sur l'élève ? C'est un exercice de gymnastique se faisant dans l'espace de quelques secondes ; des lèvres couvertes de poussière et de germes qui, dans un instant, sont transmis à une manche d'habit. Où en sommes-nous dans notre siècle de microbes pour tolérer un jour un acte aussi repoussant et aussi peu hygiénique. Les conséquences de cette pratique sont des plus funestes; le parquet étant couvert de crachats, de poussière, de boue renfermant des légions de germes pathogènes, la transmission de la tuberculose, de l'anthrax, peut-être de la syphilis et d'autres maladies n'est-elle pas à craindre ? Donc, que de grâce cette punition insensée disparaisse de nos écoles pour ne plus jamais y revenir, même quand les microbes auront fait leur temps. Contraindre un enfant à demeurer à genoux pendant des quarts d'heures, des demi-heures, est-ce une pratique à louer ? Non, certainement, car je suis positif à dire que si l'on questionnait plus minutieusement, on la trouverait souvent en cause dans la production des tumeurs blanches et des manifestations tuberculeuses du genou chez des enfants prédisposés, de même que la station debout prolongée produit la fatigue et par suite la coxalgie lorsque le terrain est favorable à son évolution. Quelle triste habitude que celle de frapper les enfants sur les oreilles ou encore de leur tirer violemment ces organes ; combien de ruptures de tympan, combien d'otites et de surdités à la suite de ces pratiques désastreuses. !

Et que dire de l'action de lever les enfants par la tête et de les laisser retomber sur leurs pieds, de leur infliger des coups sur la tête ? jamais de tels actes ne devraient être tolérés même

Digitized by Google

avec la main et encore infiniment moins avec des livres, des règles ou autres objets ; et cependant..... Une personne qui ne connait pas mieux que d'agir de la sorte devrait être reléguée à d'autres charges requérant plus de force brutale et moins d'intelligence.

Je crois, enfin, que toutes les punitions seraient améliorées par par une revue hygiénique, médicale et pédagogique.

Autre point méritant une pensée : la nourriture dans les pensionnats et dans les familles est-elle toujours convenable ? Ne vaudrait-il pas mieux payer plus cher, si besoin, et être certain que les enfants sont bien nourris, qu'ils reçoivent des aliments dont les microbes n'occupent pas la majeure partie ?

L'eau potable est-elle toujours saine ? Le système de drainage est-il hygiénique ? Les appartements occupés par les élèves, surtout les salles d'étude et les dortoirs, ont-ils les conditions sanitaires voulues ? Ces questions demandent à être résolues d'une façon *minutieuse* ; le pourquoi ? nul besoin de le développer ; et cependant, dans plusieurs endroits, dit-on, les conditions hygiéniques sont des plus déplorables.

Une chose qui ne devrait pas échapper à la considération des autorités, c'est le surmenage de l'instituteur, du professeur et surtout de la religieuse. Et à ce sujet je me permettrai de dire un mot des couvents ou pensionnats de jeunes filles. N'est-ce pas dans ces maisons que nous pouvons souhaiter voir se réaliser toutes les réformes possibles ? Oui, car c'est ici que la jeune fille, la mère de l'avenir et l'éducatrice par excellence, reçoit son instruction ; aussi, la *sœur*, cette femme de dévouement sans bornes doit elle posséder *parfaitement* l'hygiène scolaire et domestique afin d'inculquer à ces intelligences les principes qui, mis en pratique plus tard, feront la vigueur d'une famille et la force d'une nation.

Le premier pas à faire pour obtenir des améliorations est d'intéresser activement le Bureau d'hygiène à la question, afin que le médecin—car il n'y a que lui de véritablement compétent—puisse avoir toute l'autorité requise pour exiger, sans pitié, une réforme immédiate aussitôt un abus constaté. Alors la position de médecin d'une maison d'éducation ne sera pas une sinécure ; c'est à lui que sera confiée la santé de nos enfants.

En second lieu, il faut à *tout prix* que les personnes qui ont charge de l'éducation : prêtres, ecclésiastiques, frères, sœurs, instituteurs, etc., aient une connaissance pratique de l'hygiène.

3o Des conférences sur l'hygiène pratique devraient être données aux instituteurs par des personnes compétentes.

4o On devrait exiger de chaque instituteur un rapport sur les conditions hygiéniques de son école et de ses élèves.

5o Ces rapports et ces plaintes seraient soumis à la considération et à la discussion des instituteurs réunis en conférence, afin

Digitized by Google

que des améliorations puissent être suggérées et les autorités averties au besoin.

6o Que l'hygiène soit enseignée dans toutes les écoles, mais d'une façon *pratique* ; de grâce, n'allons pas en faire une matière théorique, obligatoire et susciter le dégoût des élèves; que l'on évite bien cet écueil ; qu'elle soit *pratique*, ne cessons de le répéter. En passant, l'enseignement d'un peu de physiologie dans nos écoles serait-il désavantageux ?

7o Les chefs de familles devraient consulter leur médecin sur l'éducation de leurs enfants ; un mot de celui-ci au directeur attirant l'attention sur les points faibles de la constitution de l'enfant serait de la plus grande utilité.

8o Sur les médecins des collèges, couvents etc. devrait retomber la rude tâche de surveiller attentivement la santé et le développement des enfants ; il ne faut pas attendre qu'ils soient malades, il faut prévenir la maladie, il faut même tâcher d'améliorer les natures chétives. Les mêmes indications s'adresseraient aux médecins de campagne en ce qui concerne les écoles rurales.

Pour terminer, il découle de ce que j'ai dit que l'hygiène a droit à sa place dans l'éducation de la jeunesse ; donnons-la lui donc. Mais ne l'enseignons pas en faisant apprendre des pages de texte, à l'instar d'une charge onéreuse ; qu'elle soit pratique, aimée des élèves ; qu'ils en voient suivre fidèlement les principes autour d'eux et qu'ils viennent à considérer l'hygiène comme essentielle à une bonne santé et à une intelligeuce vigoureuse. Je crois avoir montré la part active que le médecin doit prendre dans l'éducation ; il s'ensuit qu'il faut une entente plus intime entre celui-ci, le prêtre et l'instituteur ; il devient urgent que ces trois personnages travaillent ensemble pour atteindre le but désiré : relever le niveau moral intellectuel et hygiénique de l'éducation de la jeunesse.

Souhaitons donc un avenir assuré à l'hygiène scolaire et qu'au commencement de l'année prochaine on la voit enseignée et pratiquée dans toutes nos écoles et maisons d'éducation.

Les spécialités pharmaceutiques en Angleterre.—L'Association pharmaceutique britannique vient de tenir sa 25° réunion annuelle à Bath. Le président, M. Benger, dans son discours d'ouverture, a déploré l'état dans lequel se trouvait actuellement la pharmacie.

Les médecins, dit-il, prescrivent une quantité considérable de médicaments tout préparés, de spécialités dont l'action est souvent inconnue, et abandonnent trop les vieilles formules dans lesquelles entraient les médicaments dont l'action est nettement établie.

Digitized by Google

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (Electrolyse intra-utérine),

par le docteur DELÉTANG (de Nantes.) (1)

Depuis l'année 1884, où j'ai suivi pendant un certain temps la clinique du Dr APOSTOLI, j'ai traité par sa méthode 97 malades atteintes de fibrômes utérins.

De ces malades, 7 ont subi tout ou partie de leur traitement à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et 32 m'ont été envoyées par les médecins les plus distingués de la région; le reste appartient à ma clientèle particulière.

Je me suis conformé scrupuleusement aux règles indiquées par le Dr Apostoli me reportant à la lettre à celles qu'il m'indiquait en 1884; en effet à part quelques cas isolés, je n'ai pas dépassé les intensités qu'il employait alors. Je me suis servi d'un courant de 110 à 120 milli ampères, quelquefois moindre; les séances ont eu une durée moyenne de 5 minutes, et ont été séparées en général par un intervalle de 4 à 7 jours. J'ai fait la plupart des applications électriques dans mon cabinet. Ainsi que je viens de le dire, 32 de mes malades m'ont été envoyées par des confrères dont elles sont restées les clientes; le traitement a été suivi et contrôlé par eux. Les renseignements que j'ai eus postérieurement sur ces malades m'ont été souvent fournis par leurs médecins. Les résultats qui vont suivre offrent donc un cachet d'authenticité absolu.

Il m'est naturellement impossible de relater ici les observations de ces 32 malades qui feront l'objet d'un travail plus complet. Je dois me contenter d'en tirer quelques déductions générales.

A propos de ces 32 malades, je ferai remarquer trois choses :

1o A part deux exceptions, je n'ai traité que des femmes chez qui la cavité utérine était resté perméable; j'ai donc employé exclusivement l'électrolyse intra-utérine sans violence et sans ponction.

2o. Aucune de mes observations ne se rapporte à des tumeurs fibro-kystiques. C'est que je considère dans ces cas le traitement par l'électrolyse comme impuissant. Du moins, après l'avoir employé au début un assez grand nombre de fois contre ces sortes de tumeurs, je n'ai constaté aucun résultat favorable et j'y ai renoncé. Je crois cependant qu'il faut modifier cette appréciation pour les très petits kystes qui se trouvent souvent dans les gros fibrômes, et qui ne présentent pas une grande tendance à l'accroissement.

---

(1) Mémoire lu le 27 novembre 1888, devant l'*Académie de Médecine* de Paris.

Digitized by Google

3o. Je n'ai point parlé non plus des tumeurs plus ou moins pédiculisées, soit sous-péritonéales, soit intra-utérines. Je serais cependant disposé à croire que l'électrolyse aide à l'énucléation de ces dernières ; en effet, j'ai constaté, après traitement, la formation de 6 polypes dans ma clientèle. Cette proportion, sur 97 malades, *me semble dépasser la moyenne.*

Le Dr Heurtaux, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Nantes, m'a envoyé 16 malades.

Le Dr Louis Foisson, professeur suppléant de chirurgie à l'école de Nantes, m'a adressé 2 clientes.

Le Dr Bernaudeaux, médecin des Hôpitaux, 3.

Le Dr Ménayer, également 3.

Le Dr Chenantais, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine, 2.

Les Drs Attimont et Gruget, l'un, médecin suppléant, l'autre, chirurgien suppléant des Hospices, chacun 1.

Le Dr Albert-Malherbe, professeur à l'école de médecine, 2.

Le Dr P. Jouon, membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur à l'école de médecine de Nantes, 1.

Enfin, le Dr Ollivé, professeur suppléant à l'école de médecine, également 1.

Sur les 16 malades du Dr. Heurtaux, 10 ont été guéries ; je trouve en effet que l'on peut considérer comme telles les femmes chez qui tous les phénomènes morbides ont disparu, lors même qu'il reste un noyau amoindri ne causant plus aucune gène.

10 d'entre elles avaient des hémorrhagies ; toutes les ont vues disparaître, à l'exception d'une seule.

Chez 5 d'entre elles, il a suffi de 3 à 7 séances pour amener la disparition des pertes. Chez les 4 autres, il a fallu plus de 10 séances pour arriver au même résultat.

Chez 5 femmes portant des tumeurs volumineuses, quelques-unes énormes, on a observé une segmentation remarquable de la masse. Il en est résulté une diminution du volume total.

Chez 2 autres, des fibrômes adhérents et immobiles se sont mobilisés en se rétractant.

Enfin, deux de ces malades n'ont éprouvé aucune amélioration.

Je ferai remarquer que chez presque toutes ces femmes, les hémorrhagies ont disparu avant que la tumeur ait diminué d'une façon bien sensible.

Il en a été de même des douleurs, et, en somme, d'à peu près tous les phénomènes morbides, sauf parfois ceux dus à la compression.

Sur les deux malades du Dr. Foisson, l'une, a vu ses pertes disparaître après 11 séances sans que la tumeur ait éprouvé une modification bien apparente. Il est arrivé à la seconde un accident qui a tout interrompu.

Digitized by Google

Trois malades du Dr. Bernaudeaux ; chez la première, les douleurs et les phénomènes de compression ont d'abord disparu, puis la tumeur, d'un volume considérable, s'est segmentée en deux.

Chez la seconde, l'état général absolument mauvais s'est relevé en premier lieu ; ensuite, les règles se sont régularisées après une dizaine de séances ; enfin, plus tard, la tumeur est devenue très dure sans diminuer beaucoup. Chez la troisième, le traitement n'a pas été supporté.

Chez deux des trois malades du Dr Ménager, la tumeur s'est pédiculisée ; chez la dernière, de violentes douleurs ont disparu très vite et la tumeur a beaucoup diminué, en prenant plus de consistance.

Chez les clientes des Drs Chenantais, Attimont et Gruget, on a vu également les pertes cesser et les tumeurs durcir en diminuant.

Deux malades du Dr Albert Malherbe ; chez la première, un petit fibrôme adhérent durcit sans devenir mobile ; chez la deuxième, un accident étranger à *l'électrolyse* interrompt le traitement.

Enfin Mlle S..... vue par le Dr Guillemet, a vu ses pertes et ses douleurs disparaître d'abord, et sa tumeur diminuer d'une façon excessive. De même la cliente du Dr Ollivé.

En résumé, les effets du traitement se succèdent généralement dans l'ordre suivant :

1o Les hémorrhagies, après avoir présenté une augmentation passagère, disparaissent dans un espace de temps variable, mais qui peut être très court. On sait que leur fréquence est souvent en raison inverse du volume des fibrômes.

2o Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite ; ces phénomènes ne sont point généralement en rapport avec le volume de la tumeur ; ils se rapportent bien plutôt à l'existence de la zône inflammatoire plus ou moins molasse qui entoure si souvent ces productions.

3o Enfin la masse diminue, mais dans cette diminution, il importe de distinguer soigneusement deux phases.

A. La zône inflammatoire, dont je viens de parler, après s'être parfois momentanément congestionnée se résorbe. Le fibrôme mieux dégagé paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est qu'apparente. C'est à cette période que l'on observe la diminution des douleurs, le relèvement de l'état général et la cessation des hémorrhagies, lorsque celles-ci n'ont pas disparu dès les premières séances.

L'aggravation momentanée de tous les symptômes qui se voit parfois au début du traitement, dépend généralement de la congestion de la zône inflammatoire.

B. Le fibrôme enfin se rétracte lui-même, mais cet effet est loin d'être constant, et ne se produit qu'après l'amélioration des symptômes obtenus, et si l'on continue le traitement un temps suffisamment long.

Digitized by Google

Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur les produits d'inflammation qui entourent le fibrôme que sur le fibrôme lui-même. Chez 8 des malades cités plus haut, on a vu de très grosses masses paraissant d'abord homogènes se segmenter en un nombre variable de fragments; c'est qu'il s'agissait en réalité de plusieurs fibrômes soudés par une véritable gangue, et redevenant libres après la résolution de celle-ci.

Chez deux autres, des fibrômes adhérents aux parties voisines se sont mobilisés pour la même raison. En consultant non seulement les observations citées précédemment, mais encore les autres remarques que j'ai faites dans ma clientèle, je suis disposé à accorder une grande importance à la métrite développée autour du fibrôme, et à considérer celui-ci comme presque indifférent quand il est dénué de toute zône inflammatoire.

Au point de vue clinique, on serait ainsi conduit à distinguer deux classes de ces productions : les unes tolérantes, entourées d'une zône inflammatoire et signalant leur présence par une foule d'accidents; n'est-ce pas, du reste ce qui arrive dans bien d'autres affections? Quelquefois, mais rarement, le traitement est suivi au bout de quelques mois d'une atrésie d'un point quelconque du canal cervical, ou même de la cavité utérine. Ce rétrécissement cède facilement à une dilatation graduelle et n'offre aucune gravité. Il est cependant à propos de prévenir les malades de la possibilité de cette complication, et de les engager à aller trouver un médecin si la sortie du sang menstruel devenait douloureuse.

Tels sont les résultats ultérieurs à *l'électrolyse intra-utérine.* Pendant la séance elle-même, on observe les phénomènes locaux suivants:

A. Au début, durant ce qu'on pourrait appeler la période d'ascension graduelle du courant, l'on voit parfois une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs, contraction lente et très sensible à la main. Ce phénomène s'est montré avec la plus grande évidence chez trois de mes malades, et a reparu à chaque séance.

B. L'on constate ensuite une congestion de tous les organes qui augmentent manifestement de volume. Le col est turgescent. Cette congestion est à peu près constante et persiste généralement plusieurs heures. Elle est accompagnée le plus souvent de coliques dues évidemment à des contractions lentes et partielles de l'utérus, non perceptibles à la main.

B. A la fin de la séance, pendant la période de descente du courant, j'ai constaté quelquefois une contraction, rappelant celle du début, mais bien plus faible.

Voici les principaux phénomènes immédiats et lointains qui résultent de l'électrolyse intra-utérine. Quelques considérations physiques démontrent facilement, je crois, que ces résultats sont en rapport avec ce que l'on doit attendre du passage d'un courant à travers les organes en cause, mais cela demanderait trop

Digitized by Google

de développements. Il est cependant possible d'expliquer en peu de mots les deux actions principales du courant galvanique ; ses effets hémostatiques, et ses effets de résolution de la métrite circonvoisine d'abord, de rétraction du fibrôme ensuite.

Lorsqu'un courant suffisamment énergique traverse un tissu vivant, il se produit plusieurs phénomènes dont voici les principaux.

1o Dans l'intimité même du tissu, une décomposition et une recomposition successive de chaque molécule aboutissant à un afflux des composés acides au pôle positif. Cette action chimique, qui est peut-être la base de la puissance résolutive des courants, qui constitue peut-être à elle seule cet ensemble un peu hypothétique de phénomènes que Remak, père, a rassemblés sous le nom d'"*action catalytique*" est moins énergique dans l'épaisseur du fibrôme, organe plus résistant, au point de vue électrique, que dans les tissus ambiants gorgés de liquides conducteurs, et présentant naturellement une résistance moindre.

2o Une action secondaire au pôle positif; production d'une eschare sèche et dure dans la cavité utérine ; puis d'un tissu cicatriciel peu perméable et rétractile, d'où un effet hémostatique souvent très prompt.

Je terminerai là ces considérations ; cependant quelques remarques viennent naturellement à l'esprit.

Les effets caustiques et électrolytiques augmentent avec l'intensité du courant. En est-il de même des effets curateurs ? A quelle dose le courant cesse-t-il d'être thérapeutique, et devient-il dangereux pour les malades, soit en produisant des eschares trop profondes, soit en causant dans l'intimité des tissus des modifications trop brutales tendant à se juger par l'inflammation ? Je ne suis pas en mesure de trancher cette question ; je me suis presque toujours servi de courants dans les environs de 100 à 120 milliampères ; les résultats ayant été favorables avec cette dose, je n'ai cru utile de la dépasser que dans quelques cas rebelles. Ce que je puis assurer, c'est qu'avec cette intensité modérée, et à la condition de suivre les précautions antiseptiques sur lesquelles a tant insisté le Dr Apostoli, le traitement des corps fibreux par l'électrolyse intra-utérine opérée sans violence est absolument sans danger.

Dans environ 1100 séances d'électrolyse pratiquées sur 97 patientes, je n'ai observé qu'un seul accident : (Une menace grave de phlegmon chez une des malades du docteur Foisson.) Encore convient-il de dire que cette dame impotente était, malgré ma défense, sortie de chez moi presqu'immédiatement après la troisième séance, et qu'elle s'était péniblement traînée dans la neige jusqu'à son domicile assez éloigné.

La tolérance individuelle est du reste le véritable baromètre à consulter ; et, comme l'a recommandé le docteur Apostoli, il faut toujours commencer par des doses faibles avant d'arriver au

Digitized by Google

maximum du courant que l'on veut atteindre, et surtout ne jamais s'opiniâtrer. Quant aux questions relatives à la durée du traitement, au nombre de séances à faire, et à l'intervalle qui doit les séparer, les cas sont trop variés pour qu'il soit possible de donner à ce sujet aucune règle précise. En général, le traitement doit être long, durer souvent plusieurs mois ; les séances assez espacées, une ou deux par semaine. Souvent l'amélioration est bien plus sensible quelque temps après la fin du traitement que pendant la durée de celui-ci.

Une observation encore pour finir : tant que l'on constate un gonflement notable de la tumeur au moment des règles, la malade n'est pas guérie et l'on doit craindre de nouvelles pertes. Je cesse le traitement à l'ordinaire lorsqu'une ou deux périodes se passent sans congestion anormale, et lorsque je puis croire que la tumeur est devenue un simple corps étranger bien toléré.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIETE DE MEDECINE PRATIQUE DE MONTREAL.

Séance du 22 décembre 188

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur GUERIN rapporte un cas d'empoisonnement par l'acide phénique au cours duquel le coma dura environ huit heures. Le malade est encore sous observation. Le tube de Faucher fut introduit dans le but de pratiquer le rejet du poison ainsi que le lavage de l'estomac.

Le docteur MIGNAULT est d'avis que le coma, dans ces cas, doit être rapporté au fait que l'acide phénique supprime alors la sécrétion urinaire d'où urémie et coma urémique.

Le docteur CLÉROUX dit que vû le peu de temps qui s'est écoulé entre l'ingestion du poison et la production du coma, il croit que celui-ci a plutôt été occasionné par l'action de l'acide carbolique sur le cerveau que par l'urémie.

M. le PRÉSIDENT rapporte un cas d'hémorrhagie mortelle survenue à la suite d'une opération sur l'uterus. Dans le but de juger de l'efficacité de la méthode recommandée par Koeberlé qui remplace les sutures par des pinces appropriées, laissées en places pendant 24 heures, il remplaça *une* des sutures par une pince, il eut le chagrin de voir une hémorrhagie rapidement mortelle survenir chez sa malade peu de temps après l'ablation de cette pince.

Digitized by Google

Séance du 4 janvier 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur A. A. FOUCHER lit une note relative au traitement des polypes du nez et présente un nouveau modèle de polypotome. (Voir plus haut, page 5.)

Le docteur BRUNELLE emploie plusieurs instruments tour à tour basés sur le principe de l'arrachement et de l'excision. Il signale l'utilité du doigt indicateur dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Le docteur ROLLAND se déclare partisan de l'anse froide qui lui a donné de bons résultats. Il indique les dangers de l'arrachement par torsion et cite des cas où les cornets ont été enlevés inutilement.

M. le PRÉSIDENT ne redoute pas les dangers de la cautérisation, entre autres, les adhérences entre la cloison et la muqueuse des cornets. Le nouveau modèle de polypotome présenté à la Société lui parait être une modification importante des instruments du même genre. Il croit cependant qu'il y a disproportion entre la force du fil qui forme l'anse et la force de traction obtenue à l'aide des doigts et de l'écrou. Il préférerait que le pas de vis fut plus étendu afin d'obtenir un maximum de vitesse.

En réplique, le docteur FOUCHER ajoute que les différents procédés opératoires resteront toujours discutables, et que la guérison pourra toujours être obtenue bien que par des voies différentes. Relativement à la force de l'instrument qu'il présente, il ne la croit nullement disproportionnée, attendu que, étant donné le numéro de la corde à piano utilisée dans ce cas, cette corde peut supporter une tension équivalant à 770 livres.

Le docteur LAMARCHE présente à la Société, de la part de M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, trois volumes intitulés : " *Travaux d'obstétrique.*" Ces ouvrages sont acceptés avec reconnaissance.

Sur proposition des docteurs LAMARCHE et BRUNELLE, M. le docteur AUVARD est, à l'unanimité des voix, élu membre correspondant de la *Société de médecine pratique.*

Les femmes-médecins en Russie.—D'après la Gazette officielle du gouvernement de Turkestan, les dames médecins qui exercent dans cette province doivent soutenir une lutte des plus pénibles contre les préjugés de la population mahométane. Les femmes sartes ne consentent à se faire soigner par les femmes médecins que moyennant un pourboire ou un cadeau. On trouve des mœurs analogues dans certaines parties de la Sibérie. C'est ainsi qu'il n'y a pas longtemps encore, il était d'usage de faire un cadeau de deux ou trois roubles à chaque femme qui entrait à la maison d'accouchement cosaque, à Omsk.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Urémie à forme gastro-intestinale.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui, depuis le 19 janvier, occupe un lit dans nos salles. Il est digne d'intérêt, à divers points de vue. Il présentait, à son entrée, les mêmes caractères qu'aujourd'hui. Il est très pale, très amaigri. Si on l'examine complètement, on voit que les membres sont plus amaigris encore que la figure. Il tousse, et déclare sans hésitation que du début de sa toux date sa maigreur.

Tout d'abord on a vraiment la pensée qu'on est en face d'un tuberculeux avancé. Mais l'examen pratiqué par suite de ce diagnostic d'impression ne le confirme que faiblement.

Le malade a bien en effet des signes de tuberculose, mais de tuberculose initiale, signes physiques assez peu prononcés du reste.

En avant, à la percussion, on ne trouve rien de notable ; à l'auscultation, rien non plus.

En arrière, si l'on percute les fosses sous-épineuses, on perçoit de la submatité à droite, submatité assez marquée pour se faire apprécier par elle-même sans comparaison avec l'autre côté. Dans cette fosse on reconnaît, à l'auscultation, que les vibrations vocales sont exagérées.

Si l'on percute des deux côtés au-dessous de l'épine de l'omoplate, l'auscultation fait entendre à droite une respiration un peu rude à timbre vaguement soufflant. Dans la fosse sous-épineuse droite, en faisant faire au malade de grandes inspirations, en le faisant tousser, on découvre quelques petits craquements rares, peu intenses, mais c'est tout. Vous voyez que si l'on peut dire que le diagnostic d'impression est juste, cependant il faut reconnaître que ce diagnostic est démenti par l'examen. Ce n'est pas la tuberculose qu'il faut rendre responsable de la détérioration organique profonde du malade. Il doit y avoir une cause plus puissante, plus réelle.

Quand on dirige ailleurs les investigations, voici ce qu'on apprend :

Il faut tout d'abord fixer la date de cette tuberculose. Le malade tousse depuis le mois d'août 1887, ce qui est en rapport avec la légèreté des signes physiques. En cherchant ce qui a pu

Digitized by Google

si rapidement altérer sa santé, nous apprenons qu'à peu près en même temps que se déclare cette bronchite, surtout au moment où elle s'améliore, cet homme a eu des vomissements et de la diarrhée.

Ces vomissements n'avaient aucune relation avec les quintes de toux, ils étaient indépendants de l'alimentation, enfin ils n'ont pas été continus. Les vomissements et la diarrhée ont procédé par périodes. Le malade avait huit à dix selles par vingt-quatre heures.

Je vous le demande, à l'ouïe de ces renseignements, quelle est la conclusion qu'on est enclin à tirer ? C'est que le malade est atteint de tuberculose abdominale.

Mais si on tient compte des nuances des symptômes, la conclusion est tout autre. Les vomissements sont indépendants de la toux, de l'alimentation, ils ne sont pas continus, avons-nous vu. Devant cette réunion de particularités, et étant donné que les deux symptômes coexistent, on doit de suite penser à des accidents urémiques. Cela ne veut pas dire que l'urémie soit ici démontrée. Il faut contrôler ce jugement, c'est certain, mais il ne faut pas l'oublier.

Les symptômes gastro-intestinaux sont des symptômes qui, par leur caractère propre, et en présence des autres conditions de l'examen du malade, doivent faire soupçonner l'urémie.

J'ai eu maintes fois l'occasion de vous dire que l'urémie n'est pas toujours accompagnée de symptômes nerveux comme on est généralement tenté de le croire.

Nous avons là un type parfait de la forme gastro-intestinale de l'urémie. J'insisterai plus tard sur sa longue durée.

Avant d'avoir recours à l'examen des urines, trouverons-nous que notre malade est sous le coup d'une néphrite ?

Il est difficile d'avoir une réponse à ce sujet ; cependant quand on pousse le malade, on apprend que dans les mois qui ont précédé la bronchite, et pendant six mois au moins, il avait, le matin au réveil, la face et les paupières enflées. Il mettait cette bouffissure sur le compte de la fatigue, quoique, par parenthèse, son métier fût peu pénible, et comme elle se dissipait peu de temps après, il n'y fit aucune attention. En le poussant encore plus avant, il nous dit qu'il a eu, pendant cette période, des douleurs de reins.

Donc, très vraisemblablement, notre malade est depuis un an au moins sous le coup d'une néphrite. Nous nous expliquons presque déjà la diarrhée et les vomissements.

Quant à l'urine, elle est vraiment des plus notables dans l'ensemble de ses altérations.

Il y a déjà cinq jours que le malade est entré dans notre service et les caractères physiques de son urine ne se sont aucunement modifiés.

Digitized by Google

D'abord, elle est excessivement rare. Du 19 au 20 au matin, il n'en a rendu que 320 grammes (toutes les précautions nécessaires ont été prises pour qu'il n'y en ait point de perdue) ; pendant les vingt-quatre heures suivantes, 390 grammes ; dans la journée d'après, on gagne quelque peu, 525 grammes. Pour la période d'hier, 400 grammes. Je crois qu'aujourd'hui nous en aurons encore moins.

Ce qui fait la gravité de l'état du malade, c'est cette rareté persistante. Il est en effet permis de rendre passagèrement une aussi petite quantité d'urine ; mais quand, après un traitement énergique, cette situation se maintient, cela devient excessivement grave.

Cette urine est tout à fait trouble et tellement rouge qu'à l'œil on diagnostique facilement qu'elle contient du sang. En effet, au microscope, on voit de nombreux globules. Au sens chimique et microscopique, il y a vraiment hématurie.

La densité est très élevée. Le premier jour, 1022 ; le deuxième, 1025. Cette densité n'est pas en rapport avec la quantité d'urine émise. Le lendemain, le jour des 525 grammes, malgré cette amélioration passagère, vous êtes sûr que la composition de l'urine est aussi fâcheuse. Hier, avec 400 grammes, nous avons 1010. Cette densité de 1010 avec une diurèse ne dépassant pas 400 grammes en vingt-quatre heures, constitue un danger immédiat, malgré l'accumulation des moyens thérapeutiques les plus énergiques.

Vous voyez d'ici l'importance de la densimétrie en clinique.

Pour ce qui est de l'urée, l'urine en contenait 8gr, 07 le premier jour, 9gr, 49 le second, 10 gr, 08 le troisième ; la journée de 400 grammes d'urine, avec 1010 de densité, 4gr, 63 d'urée.

Les chlorures sont effroyablement diminués, ils oscillent entre 2 et 3 grammes.

L'albumine n'est pas en aussi grande quantité qu'on pourrait le croire. Elle se maintient entre 0gr, 75 et 1gr, 86 par vingt-quatre heures. La considération de cet élément faiblit devant les autres, et c'est à l'altération de l'urine qu'est lié l'état du malade.

L'urine contient des cylindres granuleux.

Depuis plus d'un an cet homme est donc en possession d'une néphrite chronique. Les seuls inconvénients qu'il a éprouvés ont été l'enflure du visage et les douleurs de reins. En août il s'enrhume, et quand il est amélioré, la néphrite s'annonce par des vomissements et de la diarrhée, vomissements et diarrhée urémiques qui ont permis au malade, malgré sa cachexie avancée, de vivre jusqu'à aujourd'hui.

Si, au lieu de cette forme d'urémie, il avait eu des accidents nerveux ou dyspnéiques, il y aurait beau temps qu'il serait mort. Il y a eu, par ces deux voies, soustraction des éléments toxiques.

Il faut ajouter que depuis quelques jours il s'est joint à son

Digitized by Google

état de la dyspnée. Il a un certain degré d'insuffisance respiratoire.

Depuis qu'il est dans notre service nous n'avons rien gagné. Le premier jour il n'a pas eu de vomissements, mais il a eu de la diarrhée, ce qu'il ne faut pas regretter, vous le savez. Les vomissements sont revenus le second jour, alimentaires ou mucobilieux. Sept à neuf garde-robes par jour ; hier, trois seulement, mais très abondantes. S'il y avait une diminution de la diarrhée, il faudrait la rappeler.

Le malade est peut-être plus fatigué encore qu'à son arrivée. Ce matin, il y a quelque chose qui fait penser à un peu d'obnubilation cérébrale ; c'est peu sensible, mais il semble y avoir un peu de stupeur, et il ne faudrait pas s'étonner de voir bientôt apparaître des accidents d'ordre cérébral.

Je désire appeler votre attention sur la durée de cet état urémique. Voyez combien est erronée l'opinion qui voit dans l'urémie un état soudain. On admet l'*urémie aiguë* et l'*urémie lente* à laquelle on accorde de quatre à six semaines. Mais cette division ne suffit pas pour épuiser le sujet, et je dirai qu'il y a non seulement une urémie aiguë et une urémie lente, mais une urémie *chronique* dont la durée peut dépasser plusieurs mois, avec des oscillations en rapport avec la composition de l'urine. Très chronique quand elle revêt la forme intestinale, elle permet alors de vivre, grâce à l'élimination continuelle des éléments toxiques.

Sachez donc reconnaître l'urémie *chronique* et l'urémie *lente*, comme vous savez reconnaître l'urémie *aiguë*.

Pourquoi cet homme a-t-il une néphrite ? A-t-il une néphrite tuberculeuse ? On manque d'éléments pour juger la question. Il n'y a pas notamment de bacilles dans l'urine. Mais cet homme a bien d'autres raisons d'avoir droit à une néphrite. En 1886, il a eu une variole grave, une infection palustre contractée en Algérie et ayant duré trois ans, deux érysipèles, sans compter les refroidissements accidentels. La tuberculose rénale serait donc ici une pure hypothèse, quand il y a autant de conditions pathologiques différentes.

J'ai dit que nous avions agi avec énergie. Le malade a été mis au régime lacté absolu, cela va sans dire ; quatre litres par jour, soixante litres d'oxygène pur par vingt-quatre heures. Comme il y avait chez lui un phénomène inquiétant, un affaiblissement rare du cœur, je lui ai donné 1 gramme à 1gr, 50 de caféine. Le premier jour, il a semblé que sous l'influence de ce traitement on gagnait en énergie. Mais ce ne fut que passager. Je lui ai alors fait prendre de la digitale. Il n'y a pas à lui donner de drastiques puisqu'il y a de la diarrhée ; je n'ai pas plus le droit de lui faire d'émission sanguine avec son état de détérioration. J'ai tout accumulé pour rétablir l'urine et je n'ai pas réussi, et je crains de ne pas gagner davantage dans les jours qui vont suivre.

Digitized by Google

Pourquoi cet insuccès total ? C'est qu'il y a de l'imperméabilité rénale : les tubuli sont obstrués pour une grande partie. C'est cette imperméabilité qui, pouvant se déclarer d'un jour à l'autre chez les malades atteints de néphrite, menace à chaque instant leur existence.

Il est vrai, j'ai vu la sécrétion urinaire se rétablir chez ces malades après sept ou huit jours ; mais, passé ce délai, la terminaison est toujours fatale. Et si chez le malade qui nous occupe aujourd'hui et que j'ai cru digne de fixer votre attention, l'urine ne reparaît pas d'ici un ou deux jours, l'événement ne tardera pas à justifier mes craintes.—*Praticien.*

Du régime alimentaire des brightiques. — I. Régime classique.—Les *prescriptions climatériques* consistent à éviter l'humidité et les brusques changements de température.

Pour *prescriptions diététiques*, éviter les mets épicés ou irritants, —supprimer les œufs,—suivre le régime lacté intégral ou mixte, défendre le vin, l'eau-de-vie, les liqueurs et même la bière.

II. Régime de Sénator.—Il consiste à autoriser les viandes blanches et la viande de porc ; à défendre les viandes rouges et à conseiller les aliments féculents et herbacés, les fruits, les graisses et le lait. Senator permet pour boisson l'usage du vin coupé d'eau.

III. Régime de Semmola.—Il consiste dans l'observation des prescriptions précédentes et dans l'usage comme boisson à ingérer dans les vingt-quatre heures, de la solution ainsi formulée :

Iodure de potassium.....	1	gramme.
Phosphate de soude.....	2	—
Chlorure de sodium.....	5 à 6	—
Eau	1000	—

F. s. a.

Régime de Ramberger.—Il consiste à compléter l'alimentation lacté par l'usage des toniques et des ferrugineux. Il recommande les préparations suivantes :

1° *Pilules de perchlorure de fer.*—Ces pilules sont administrées à la dose de 3 à 1 par jour en deux ou trois prises. Elles contiennent chacune :

Perchlorure de fer.....	0,02 cent.
Menyanthe pulv.....	0,05 —
Extrait de taraxacum.....	q. s.

F. s. a. pour une pilule.

2° *Pilules de sulfate de fer.*—M. Ramberger les formule ainsi d'après M. Wiethe :

Digitized by Google

Sulfate de fer..... 5 grammes.
Bicarbonate de soude..... 5 —
Extrait de pissenlits..... q. s.
T. s. a. 60 pilules. 6 par jour, 3 le matin et 3 le soir.

3° *Potion à l'écorce de quinquina.*—Il prescrit aussi une infusion de quinquina obtenue avec :

Ecorce de quinquina gris concassé 20 gr. que l'on fait infuser pendant une demi-heure dans :

Eau bouillante..... 200 grammes.
et que l'on édulcore avec :
Sirop d'écorce d'oranges am..... 20 grammes.

D'après M. Wiethe, cette potion s'administre à raison d'une cuillerée à bouche de deux en deux heures.—*Lyon médical.*

Du réflexe tendineux dans l'état de santé et de maladie.—Thomas F. Raven in *Practitioner*, a trouvé que dans l'état de santé la production de ce réflexe présente des variations d'un jour à l'autre sans cause appréciable, et qu'il est très accusé chez les nerveux, les hystériques, moins vif chez les phlegmatiques. Il a étudié l'effet de l'âge, et de 54 sujets des deux sexes qui dépassaient 70 ans, 12 ne présentèrent jamais le phénomène du genou, et de ces 12 sujets privés de ce réflexe,10 étaient porteurs d'une maladie sans cause appréciable de l'anomalie, tandis que deux n'avaient pas de maladie apparente. L'effet de la vieillesse physiologique serait nul, puisque l'auteur a trouvé le réflexe rotulien aussi bien marqué chez les octogénaires que chez les sexagénaires.

La goutte chronique et le rhumatisme abaisseraient le réflexe rotulien, parce qu'ils produisent des névrites périphériques ; souvent aboli à la suite de la diphtérie, même sans paralysie marquée, et aboli parce qu'il se produirait des névrites, ce phénomène servirait et au diagnostic rétrospectif et au pronostic. Les parésies ou atrophies musculaires seraient après la diphthérie d'autant plus opiniâtres que l'absence du réflexe rotulien est plus nettement accusée.

L'absence du réflexe rotulien est signalée chez les buveurs invétérés, et sa réapparition accuse une période de tempérance. L'absence a été constatée régulièrement deux fois dans la paralysie des aliénés. S'il est souvent absent dans le diabète, même quatre ans avant la terminaison, cela tient à la cachexie et aussi aux névrites périphériques fréquentes des goutteux.

L'auteur a constaté la présence du réflexe rotulien dans un coma diabétique peu avant la mort. La réapparition du réflexe, aboli dans un cas de diabète, coïncide aussi avec une amélioration ; sans diagnostiquer au début la méningite tuberculeuse,

Digitized by Google

l'absence de ce phénomène sera importante parce que ce réflexe ne manque pas dans la typhoïde.

L'absence du réflexe a été aussi constatée dans des états cérébraux assez obscurs qui avaient suivi, chez un malade, un coup au front et chez l'autre l'excès d'études. Enfin, son absence est signalée dans l'intoxication chloroformique, et nous avons passé sur l'étude si connue de ce symptôme dans le tabes, dans la sclérose en plaques.—*Lyon médical.*

La fièvre hystérique, par le Dr. CHAUVEAU.—Bien que la fièvre hystérique ait été longtemps discutée, elle est cependant maintenant généralement admise, sous des formes d'ailleurs assez variables. M. le Dr. Chauveau en décrit dans sa thèse plusieurs types cliniques constituant une forme lente, une forme intermittente et une forme courte, cette dernière comprenant un type typhoïde, un type pseudo-méningitique et un type franc.

Dans la forme lente, on observe souvent un état régulier, prolongé, entrecoupé d'accidents nerveux, et malgré la durée fort longue de cet état fébrile, la nutrition générale ne paraît pas souffrir beaucoup. L'observation rapportée par M. Debove en est le type le plus parfait. Dans ce cas, la température resta élevée pendant plus de trois ans, avec quelques rémissions, il est vrai, mais aussi avec des exacerbations où le thermomètre montait jusqu'à 40° et 41°. Le début fut celui d'une fièvre paludéenne ; on crut ensuite à une fièvre tuberculeuse, puis il se produisit une série de périodes fébriles intermittentes.

La forme intermittente vraie paraît d'ailleurs très rare et le plus souvent, bien qu'on observe quelquefois des accès avec les trois stades de frisson, chaleur et sueur, la température ne s'élève cependant pas assez pour être qualifiée de fébrile.

La forme courte, qui paraît plus fréquente qu'on ne le suppose, peut revêtir tout d'abord un type typhoïde. La courbe thermique, ni les phénomènes cliniques ne présentent que peu d'analogies avec la fièvre typhoïde ; mais ce qui rapproche surtout les deux affections, c'est l'habitus extérieur des malades.

Un type plus important peut-être est le type pseudo-méningitique qui a été étudié dans la thèse de M. Macé. Dans ce cas, ou bien les symptômes surviennent graduellement, ou bien ils s'installent avec brusquerie. La température qui oscille, en général, entre 38° et 39°, peut cependant dépasser 40°.

Puis surviennent les vomissements et la céphalée qui ont tous les caractères de ce que l'on observe dans la méningite. Les malades redoutent la lumière, le bruit ; le moindre attouchement est douloureux ; il y a hyperesthésie de la sensibilité générale et spéciale, avec myosis, diplopie, bourdonnements d'oreilles : mais il n'y a pas de paralysies partielles, comme cela s'observe dans la tuberculose méningée pour les muscles de l'œil, la constipation

Digitized by Google

est habituelle, le ventre est rétracté. Cet état, si grave en apparence, persiste quelques jours, puis brusquement tout ce cortège de symptômes alarmants disparaît et le malade revient à la plus parfaite santé.

Enfin, il existe un type que l'on peut appeler franc, qui ne dure que quelques jours et qui diffère du précédent par l'intensité beaucoup moindre des phénomènes cérébraux.

En somme, dans tous ces types, quelle que soit la forme, quelle que soit la violence des accidents, on sent, comme le fait remarquer M. Debove, que les malades ne sont pas profondément atteints ; et, de fait, cette fièvre n'est pas identique à celle que l'on observe dans les états pathologiques ordinaires, puisqu'il ne se produit pas de troubles de nutrition.—*Journal de médécine et de chirurgie pratiques.*

CHIRURGIE

De la taille hypogastrique.—Clinique de M. Campenon à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.—*Préliminaires.*—Pendant les deux ou trois jours qui précéderont l'opération de la taille hypogastrique, on administrera de légères purgations au malade.

Le jour de l'opération, et avant de le porter dans la salle où il sera opéré, on rasera soigneusement le pubis et on procèdera à tous les lavages antiseptiques nécessaires de façon à rendre le champ opératoire absolument aseptique.

On aura le soin d'envelopper les membres inférieurs du malade dans une épaisse couche de ouate ou de flanelle.

Ceci sera fait dans le but d'éviter le frisson violent qui suit presque invariablement toute opération qui porte sur les voies urinaires. C'est pour éviter ce refroidissement que M. le professeur Guyon opère tous ses malades dans leur lit.

Opération.—1er temps.—On commencera par laver et relaver la vessie jusqu'à ce que l'eau qu'on y injecte en ressorte absolument claire. C'est alors qu'il faut distendre la vessie. Mais il ne faut pas oublier que cette distension varie absolument suivant que l'on a affaire à tel ou tel individu, et pour chaque cas particulier, le chirurgien seul pourra juger si la distension est suffisante suivant le plus ou moins de résistance qu'éprouve le doigt qui presse sur le piston de la seringue.

La vessie est pleine de liquide, elle est distendue à point, il s'agit alors de la relever contre la paroi abdominale. Pour ce faire, on dilatera le rectum, grâce au ballon de Peterson. On comprend facilement que la grosseur du ballon, sa capacité, doit être en raison directe de l'âge du patient. Si l'on opère sur un vieillard, il faudra se servir d'un ballon de 500 grammes, tandis que si c'est

Digitized by Google

un adulte, le ballon devra varier entre 250 et 300 grammes. Pour un enfant un ballon de 100 grammes suffira amplement, et si l'enfant a trois ou quatre ans, on peut même le supprimer complètement.

IIe temps.—On procède alors à l'incision de la peau et du tissu cellulaire. Cette incision devra s'étendre depuis trois doigts au dessous de l'ombilic jusque sur le pubis. On procède a ce moment à la ligature des petits vaisseaux sous-cutanés. On incise ensuite les muscles sur la ligne blanche, si c'est possible. —La ligne blanche, qui est très apparente chez la femme, n'existe pour ainsi dire pas chez l'homme.—Et l'on incisera jusqu'à ce que l'on rencontre une couche de graisse jaunâtre d'aspect lobulé.

La place ainsi faite est lavée à la solution forte d'acide phénique, et l'on pince les vaisseaux. Alors on décolle doucement cette graisse avec l'index gauche et la sonde cannelée, sans plonger derrière la symphyse et en procédant de bas en haut, ce qui permet de refouler vers le haut le cul-de-sac péritonéal. En ayant soin de ne pas plonger son doigt derrière le pubis, on ne décolle pas le tissu cellulaire lâche qui remplit la cavité de Retzius, cavité toute prête pour *l'infiltration de l'urine.*

IIIe temps.—La vessie apparaît alors, elle est bien en vue. On la ponctionne avec un bistouri et on y fait une incision ayant une étendue d'environ 2 ou 3 centimètres. Par l'ouverture ainsi faite, on plonge rapidement un doigt pour accrocher la vessie et l'empêcher de s'affaisser en se vidant du liquide qu'on lui a injecté et qui la maintient en distension.

C'est à ce moment de l'opération que M. le professeur Guyon fait la manœuvre appelée suspension de la vessie. Elle consiste à passer un fil dans chaque lèvre de la plaie vésicale, fil que l'on confie à un aide qui tient de cette façon la vessie béante au niveau de l'incision de la paroi abdominale.

On procède alors à l'extraction du calcul. On peut se servir soit des doigts, soit des tenettes, soit des pinces.

En général, on n'a pas d'hémorrhagies, la vessie saigne peu. Si cependant on avait une perte de sang anormale, on ne devrait pas quitter le malade sans avoir reconnu exactement la provenance de cette hémorrhagie.

IVe temps.—Dans le quatrième et dernier temps de cette opération, on vide le ballon rectal, puis on pose les tubes-siphons de Guyon ou de Perrier. On procède aux sutures de la vessie et à celles des parois abdominales, et l'on termine l'opération par un pansement antiseptique.—*Praticien.*

Accidents causés par le ballon de Peterson.—La taille sus-pubienne entre de plus en plus dans la pratique du traitement des cystites et des calculs volumineux: cette opération est singulièrement facilitée par l'introduction dans le rectum du ballon de

Digitized by Google

Peterson dont le gonflement a pour but de refouler en haut la partie supérieure de la vessie et le cul-de-sac péritonéal. Toutefois, il faut se servir avec prudence de ce ballon. M. Nicaise rapporte à la Société de chirurgie un cas de mort causé par la déchirure de la paroi antérieure du rectum par suite de la pression exercée par le ballon de Peterson; il n'avait cependant injecté que 280 gr. d'eau boriquée. M. Routier a observé un fait presque analogue. Ces accidents sont rares et sont peut-être dus à ce qu'il existe une altération primitive des parois rectales. (Le Dentu).—Quelques chirurgiens (T. Auger, Després, etc.) sont d'avis qu'en présence de ces accidents, il faut abandonner l'usage de ce ballon sans lequel on peut mener à bien une opération de taille sus-pubienne. Tel n'est pas l'opinion de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui pensent que, malgré les faits malheureux qu'on vient de rapporter, l'usage du ballon de Peterson a plus d'avantages que d'inconvénients: comme l'a fort bien dit M. Périer, "il faut avoir soin de ne pas pousser trop loin la détension et ne pas faire pénétrer une quantité d'eau qui puisse mettre en jeu sa force élastique; on peut le distendre, à la condition de ne pas faire d'efforts, de ne pas chercher à vaincre une résistance qui doit servir d'indications pour s'arrêter."—*Concours médical.*

Des abcès pulsatiles de la région précordiale.—Il existe dans la région précordiale des collections purulentes qui peuvent présenter le phénomène de l'expansion et offrir des battements. Ces abcès présentent comme condition anatomique essentielle l'existence d'une poche retropariétale communiquant avec la collection sous-cutanée par un orifice plus ou moins long : ce sont donc des abcès en bissac.

La poche retro-pariétale peut être de formation primitive ou secondaire : dans le premier cas, ce sont de véritables médiastinites suppurées, d'origine variable, venant faire secondairement saillie à l'extérieur; dans le deuxième cas, ce sont des abcès diverticulaires de la paroi, semblables à ceux que M. Duplay a décrits au niveau des côtes. La situation de la poche par rapport au péricarde n'a pas suffisamment attiré jusqu'à l'heure l'attention des observateurs et les rares autopsies qui en ont été faites sont muettes à cet égard. Il est permis de supposer que cette poche est en rapport avec un point quelconque de la partie ventriculaire du péricarde; le choc du cœur n'est pas particulier à la pointe, toutes les parties du ventricule donnent la même sensation au moment de la systole, il doit se produire alors une compression de la poche retro-pariétale, compression amenant le passage d'une certaine quantité de pus dans l'abcès extérieur, ce qui se traduit par de l'expansion et des battements.

Le diagnostic de ces abcès, difficile *a priori*, est cependant facile à établir, car jamais les anévrysmes du cœur, avec lesquels ces

Digitized by Google

abcès ont été le plus souvent confondus, ne perforent les parois thoraciques.

Le pronostic ne diffère pas de celui des abcès diverticulaires, il est entièrement subordonné à l'étendue du diverticule, à ses connexions et naturellement, dans tous les cas, à la cause première de la suppuration.

A ce résumé du travail intéressant de M. Henry Malet, nous joindrons l'observation inédite qu'il a recueillie dans le service de M. Richet et qui est rédigée par M. Picqué.

Loubin Auguste, 49 ans, camionneur, entre, le 10 novembre 1884, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry; bonne santé habituelle.

Signes de strume infantile: gomme sous-cutanée. Il y a dix-huit mois, il sentit des douleurs vives à la région précordiale. Il consulta le docteur Martin, qui lui fit mettre des ventouses. Il y a deux mois et demi qu'une tumeur lui est apparue à la région précordiale. Comme il appartient à la compagnie d'Orléans, M. Gaillard l'adressa à M. Richet avec le diagnostic anévrysme du cœur. Cette tumeur, petite au début, augmenta rapidement. Elle est placée à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, s'étend jusqu'à la ligne médiane du sternum et jusqu'à deux travers de doigt de la ligne axillaire; elle est piriforme à base large. Cette tumeur a des pulsations isochrones aux battements artériels et une expension des plus manifestes. Réduction légère de la tumeur à la pression, indolence presque absolue.

Bruits du cœur sourds mais très forts sans bruit de souffle manifeste, rien du côté de la plèvre; à la surface de la tumeur, la peau est rouge, tendue, amincie, chaude, on croirait à un abcès. MM. Richet et Le Dentu admettent un abcès, M. Richet déclare que si c'est un anévrysme, ce ne peut être que de l'artère mammaire interne ou de l'intercostale; or, premier point, il n'existe pas de bruit de souffle, de plus, l'aorte est située plus haut; la mammaire interne et l'intercostale sont trop petites pour donner des tumeurs aussi volumineuses; de plus, M. Richet n'a jamais vu d'anévrysmes de la pointe perforer la paroi, et il y a en faveur d'un abcès vu l'existence de douleurs antérieures. M. Richet se trouve amené à diagnostiquer une périostite costale avec abcès en bouton de chemise.

Pour assurer le diagnostic, une ponction capillaire est faite à la base de la tumeur, là où la peau est saine; il sort une notable quantité de pus. M. le professeur Richet décide alors d'ouvrir largement la poche avec le thermo-cautère et de chercher s'il existe une collection sous-costale communiquant avec l'abcès extérieur et de constater ensuite si les côtes sont malades. C'est ce qui fut fait. On trouve la perforation, mais bien difficilement. Elle est située au niveau de l'union du cartilage intercostal avec la sixième côte et faisait communiquer la collection purulente

Digitized by Google

antérieure avec une autre collection située derrière la paroi thoracique: c'était un véritable abcès en bissac; le pus qui sort de l'abcès postérieur est de même nature que celui de la poche superficielle, on trouve des fausses membranes.

On explore avec le stylet : pas de dénudation osseuse. Le cœur propulsait le liquide, par conséquent, cet organe avait des rapports intimes avec le foyer postérieur, ce qui faillit d'ailleurs amener un accident pendant la chloroformisation.

En effet, après quelques inspirations, cinq ou six, pas davantage, le malade fut pris de syncope; mais grâce à la respiration artificielle, pratiquée énergiquement, la respiration se rétablit ainsi que les mouvements du cœur qui s'étaient suspendus; jamais il n'y a eu de la pâleur de la face.—Persistance après l'opération des trajets fistuleux; au bout de trois mois tout était cicatrisé sans qu'il ait été nécessaire de faire de résection.—*Paris médical.*

Cancer du sein et ganglions axillaires.—Le professeur Trélat insiste sur ce fait clinique que tout cancer du sein bien constaté, si petit et localisé qu'il soit, doit être traité par l'extirpation totale de la glande et du curage de l'aisselle, dès que le diagnostic a été fait. Rien ne révèle, en effet, les véritables limites d'un cancer; aussi toute section faite dans l'épaisseur de la glande risque de tomber en plein tissu pathologique. D'autre part, dans le cancer alvéolaire du sein, les ganglions de l'aisselle sont très rapidement envahis; si le diagnostic de la tumeur est exact, l'état des ganglions est certain; ils sont cancéreux même quand ils sont petits et paraissent de couleur normale. C'est en opérant promptement et complètement qu'on diminue les craintes de récidive et qu'on augmente les chances de survie; ces résultats peuvent être maintenant d'autant plus facilement espérés que la mortalité opératoire a beaucoup diminué. Si on respecte, en effet, les contre-indications tirées de l'état local (multiplicité des sièges, propagations rapides et étendues) ou de l'état des viscères (généralisation et affections graves préexistantes), si on observe les règles d'une bonne technique opératoire, on voit la mortalité s'abaisser aux environs de 5 pour cent et les malades guérir de leur opération dans un délai de huit à douze jours.

Aussi ne faut-il pas hésiter, chaque fois que l'on opère un cancer du sein, et que l'on est sûr du diagnostic, à prolonger délibérément les incisions cutanées jusque dans le creux de l'aisselle. S'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, on fend la tumeur en deux avant d'inciser l'aisselle, et suivant le résultat de l'inspection, on prolonge ou on borne la section.

Le diagnostic étant certain, on dissèque d'abord toute la gland en mettant à nu les fibres musculaires du grand pectoral, surtout vers son bord externe avoisiné par un petit groupe de ganglions axillaires antérieurs et on continue dans l'aisselle cette dissection

Digitized by Google

minutieuse. Quand la dissection est terminée, on a sous les yeux en haut les vaisseaux axillaires mis à nu, et dans tout le reste les parois musculaires du creux de l'aisselle. On vérifie l'espace sous-pectoral et s'il n'y a rien de ce côté, l'opération est terminée.

On ne saurait trop insister sur ce fait clinique : que l'opération de l'ablation du sein donnera des résultats d'autant meilleurs, qu'elle sera plus précoce et plus complète.

Voilà quelques années déjà que certains chirurgiens tendent à admettre ce procédé de l'extirpation du sein avec curage des ganglions axillaires pratiqué dans les cas même où ces ganglions ne paraissent pas atteints à l'œil nu. Dès 1882, M. Kirmission disait, dans un mémoire à la société de chirurgie: "Au lieu de se contenter de circonscrire par deux incisions demi-circulaires une ellipse dans laquelle se trouve comprise la tumeur à extirper, nous pensons qu'il serait préférable de prolonger en dehors l'incision le long du bord inférieur du grand pectoral, jusqu'à la cavité axillaire. La tumeur est d'abord isolée de toutes ses connexions, ou mieux, la mamelle tout entière est disséquée; car dans tous les cas de tumeur maligne du sein, c'est la glande entière, et non le néoplasme seul qu'il s'agit d'extirper. Mais on la laisse appendue au tissu cellulo-graisseux qui s'étend en dehors, le long du muscle grand pectoral. C'est, en effet, dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire que cheminent les vaisseaux lymphatiques allant de la mamelle aux ganglions axillaires. Ce tissu cellulo-graisseux est disséqué à son tour; arrivé dans la cavité axillaire, il devient, comme chacun le sait, extrêmement mollasse, peu adhérent aux parties voisines, et se laisse facilement décoller avec le doigt. Cette circonstance anatomique permet de constituer facilement à la tumeur un véritable pédicule, par lequel elle est appendue aux rameaux vasculaires qui se jettent dans la veine et dans l'artère axillaires. Rien n'est plus facile que de placer une ligature sur ce pédicule, et d'exciser, au-dessous de la ligature, les parties à retrancher. On enlève ainsi d'un seul bloc la tumeur, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, formant un tout continu."—*Concours médical.*

Restitution du diplome après décès.—Le ministre de l'intérieur de l'Empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine, du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette excellente mesure, dont le but est d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées, devrait bien être adoptée en France et surtout en Algérie où l'on a constaté, il y a quelques années, le scandale professionnel dû à l'appropriation du diplôme d'un docteur-médecin décédé à Marseille, par un garçon d'une droguerie.—*Journal de médecine d'Alger.*

Digitized by Google

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Le chlorure de sodium dans les troubles de la grossesse.—Le Dr. GREENE rapporte qu'il vient d'avoir l'occasion d'observer deux cas de grossesse accompagnée de troubles graves. Dans le premier, on avait essayé tous les moyens préconisés en semblables circonstances, mais sans pouvoir obtenir la moindre amélioration. La femme était parvenue au septième mois de la grossesse, et sa santé générale était fortement déprimée. Avant de recourir à l'accouchement prématuré, il fut décidé d'essayer l'effet de petites doses de chlorure de sodium ; on en administra 30 centigrammes dans 30 grammes d'eau chloroformée. Dès la première dose, une amélioration sensible se manifesta, et la guérison complète fut obtenue après l'administration de la sixième dose. Il fut ensuite jugé nécessaire de continuer ce traitement, trois fois par jour, jusqu'au moment de l'accouchement qui se passa très régulièrement. Dans un autre cas, le même traitement fut suivi du même résultat. L'action du chlorure du sodium paraît devoir être attribuée à ses fortes propriétés *antacides*, car dans l'un et l'autre cas que nous venons de citer, les sécrétions présentaient une réaction trés acide, au point que la soude, la potasse, l'ammoniaque n'avaient procuré aucune amélioration. L'auteur recommande de prescrire le médicament sous son nom chimique, afin d'agir en même temps sur le moral du malade.

The Medical Press, qui rapporte cet article, ne nous dit pas si le véhicule employé pour administrer le chlorure de sodium—l'eau chloroformée—n'a pas aussi par lui-même une action qui pourrait, jusqu'à certain point, expliquer les résultats obtenus. Quoi qu'il en soit, les troubles de la grossesse sont parfois si rebelles qu'une ressource thérapeutique nouvelle sera toujours favorablement accueillie.—*Gazette de gynécologie.*

Cancer du sein.—Clinique de M. le docteur SECOND, à l'hôpital de la Charité. — Le premier malade à opérer est une femme de quarante-huit ans, très maigre, à aspect cachectique. Elle n'a jamais été malade et ne présente aucuns antécédents personnels ou héréditaires. Elle a vu débuter sa tumeur au sein il y a quatre ans, qui était à cette époque de la grosseur d'une noisette, et roulait facilement sous la peau. Pendant deux ans elle resta stationnaire et au bout de ce temps seulement apparurent trois phénomènes : 1° la tumeur devient douloureuse ; 2° les ganglions de l'aisselle se prennent : 3° la santé générale s'altère, la malade a des vomissements alimentaires et des hématémèses, de façon à

Digitized by Google

compromettre l'alimentation. Depuis plusieurs mois, ces vomissements ont cessé.

Cette malade a eu sept enfants.

Aujourd'hui les caractères de la tumeur sont vraiment pathognomoniques ; son volume est celui d'une grosse noix et sa consistance est ligneuse. La peau a subi des modifications, elle est violacée avec des traînées rouges. Si on prend la tumeur entre les doigts, on constate qu'elle n'a pas d'adhérences avec les parties profondes, avec le grand pectoral. Dans la région axillaire, les ganglions sont pris. Mais on ne trouve rien au-dessus de la clavicule.

Voilà en résumé, les phénomènes cliniques. Le diagnostic de cancer s'impose. Quoique l'on doive toujours réserver le diagnostic histologique, il nous est permis de croire au squirrhe.

Dans ces cas-là qu'elle est la conduite à tenir. ? La question est plus délicate que l'on n'est porté à le supposer d'ordinaire.

Certains chirurgiens ont prétendu qu'il fallait s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Ils disent : 1° Que l'ablation du sein est une opération grave et que l'on perd 25 p. 100 des opérées ; 2° Qu'il n'y a pas de guérisons ; 3° Que lorsqu'on a opéré, la récidive se fait à très bref délai et que l'opération ne fait qu'abréger la vie des malades.

Cette argumentation, pour être spécieuse, n'en est pas moins mauvaise.

Charles Monod, dans une clinique publiée en 1884 (Necker), combat victorieusement cette opinion. Il conclut, d'après la grande quantité de ces opérations (884 cas), que sur 100 cas, il y en a dix de guéris pour toujours. Pour les quatre-vingt-dix autres, la vie est prolongée pour un tiers. Tandis que la mort est rapide si l'on n'intervient pas. Il faut donc opérer en pesant avec soin les indications et les contre-indications.

Nous trouvons trois chefs dans les contre-indications :

1° *Etat général.*— Il y a contre-indication si la malade est dans un état pathologique grave, s'il y a une affection viscérale mortelle, s'il y a grossesse — il y a alors chance de provoquer une fausse couche et les autres accidents consécutifs ; on laisse évoluer la grossesse quitte à opérer ensuite, — si la malade est trop âgée. On dit, en thèse générale, qu'il ne faut pas opérer après soixante-dix ans. Il y a cependant quelques exceptions ; M. Segond a opéré, à la Charité même, une femme de soixante-treize ans.

2° *Variétés de la tumeur.* — Le *squirrhe pustuleux* (Velpeau) est justiciable de contre-indications. Ces cancers ont une longue durée, dix, quinze et vingt-cinq ans, et l'on a la certitude absolue que si l'on y touche il y a récidive grave. Nous en dirons autant du *squirrhe cuirassé* (Velpeau), qui se trouve dans les mêmes conditions de durée et de récidive après opération.

Digitized by Google

Une autre variété remarquable par sa marche bénigne, c'est le *cancer* atrophique. Au lieu de devenir tumeur, de s'ulcérer, il *avale* d'abord le mamelon qui se retire en dedans, le sein fond et il reste une induration. L'intervention amène rapidement une marche fatale.

Enfin les cancers survenant chez des femmes à *seins très développés* ont une marche très lente et justement à cause du développement énorme des mamelles l'opération est grave: on se trouve en face d'une grande surface opératoire.

3° *Extension.* — Quand les ganglions de l'aisselle sont pris, il n'y a pas contre-indication à l'opération; il faut seulement les enlever avec le plus grand soin. Mais quand il y a des ganglions au-dessus de la clavicule, on ne peut espérer les enlever; il ne faut donc pas intervenir.

Chez la femme qui nous occupe, il ne semble pas y avoir de contre-indications.

Seuls l'amaigrissement et les vomissements anciens pourraient-ils faire craindre un autre foyer cancéreux. La femme est très maigre, la plaie opératoire aura peu d'étendue.

On enlèvera, comme on doit toujours le faire, la totalité du sein en ayant soin de nettoyer complètement l'aisselle des ganglions et du tissu adipeux.—*Praticien.*

Durée héréditaire du travail.—De longues et intéressantes recherches ont permis au docteur AUVARD de constater que la rapidité ou la lenteur du travail de l'accouchement se reproduit très souvent d'une façon héréditaire. Il serait donc possible d'après lui d'annoncer d'avance à une primipare, si elle doit s'attendre à avoir un travail de longue durée ou un accouchement rapide. Seulement il faut remarquer que cette disposition héréditaire peut être transmise à la jeune femme soit par sa mère, soit par celle de son père suivant qu'elle ressemble à sa mère ou à son père. Il faut tenir grand compte dans la solution du problème de cette ressemblance physique avec l'un ou l'autre de ses ascendants. Lorsqu'une fille ressemble à sa mère, le docteur Auvard se croit en droit de lui annoncer que ses accouchements seront à peu près pareils en durée à ceux de sa mère. Lorsqu'elle ressemble à son père, il pense que le travail sera chez elle analogue à ce qu'il était chez sa grand-mère du côté paternel.—*Archives de tocologie.*

La Chambre municipale de Rio-de-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un cadeau au Dr. Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Angine scarlatineuse.—*Da Costa.*

P.—Thymol ..... 4 grains
Glycérine..... 1 once
Eau distillée..... 1 "

M.—En gargarisme.—*College and Clinical Record.*

Blennorrhée nasale.—*Monin.*

P.—Poudre de café torréfié ..... 6 parties
Poudre de poivre cubèbe..... 4 "
Poudre d'iodol..... 2 "

M.—A priser quatre fois par jour, dans les rhinites chroniques sécrétantes, l'ozène, etc.—*Revue de thérapeutique méd. chirurg.*

Brulures.—

P.—Huile d'olive..... 6 parties
Salol..... 1 partie
Eau de chaux..... 6 parties

M.—Usage local.—*Centralblatt für Therap.*

Eczéma infantile généralisé.—*Rex.*

P.—Acide salicylique..... 15 grains
Vaseline..... 1 once

M.—Usage local, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Alopécie.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide de jaborandi ..... 1 once
Teinture de cantharides..... ½ "
Liniment de savon..... 1½ onces

M.—En frictions, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Amblyopie nicotinique.—*Buxton.*

P.—Liqueur de sublimé corrosif (P. B.)..... ½ drachme
Iodure de potassium..... 12 grains
Eau distillée..... 1 once

M.—Donner en même temps trois fois par jour, une pilule ainsi composée :

Extrait de noix vomique ..... ½ grain
" " jusquiame..... 1 "

Lancet.

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JANVIER 1889.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année** pour les médecins, et de **$2.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain*, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

1889

L'UNION MÉDICALE DU CANADA offre à ses lecteurs l'expression de ses meilleurs souhaits pour l'année nouvelle, et compte comme toujours sur leur concours actif pour l'aider à travailler, ainsi qu'elle l'a constamment fait par le passé, pour le plus grand bien de la profession et le progrès de l'art médical.

Nous avons pris des mesures pour que la partie des *travaux originaux* soit à l'avenir mieux soignée et plus remplie. Pour cela nous nous sommes assuré le concours régulier de collaborateurs qui, chacun dans sa sphère d'action et sa spécialité, contribueront à mettre le lecteur au courant de toutes les nouvelles découvertes de la science.

Digitized by Google

M. le docteur Séverin LACHAPELLE, médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame, ayant bien voulu nous promettre une collaboration assidue, nous serons en mesure de donner de temps à autre à nos lecteurs une *Revue* originale de pædiatrie dont ils ne manqueront pas d'apprécier toute la valeur et tout le mérite.

De son côté. M. le docteur BRENNAN, secrétaire de la rédaction et médecin du Dispensaire de gynécologie à la Maternité, s'est chargé d'une *Revue* trimestrielle de gynécologie, ce qui nous permettra de consacrer plus d'espace à la reproduction d'obstétrique.

Considérant que la clinique doit être regardée comme la base de la médecine pratique, nous nous proposons de donner dorénavant plus de place aux leçons cliniques, non seulement à celles qui se donnent dans les hôpitaux, mais encore aux notes de clinique courante recueillies dans la pratique de tout médecin qui voudra bien nous les communiquer. Il y a là, ce nous semble, un vaste champ à cultiver. Beaucoup de cas, d'observations originales, de renseignements pratiques, etc, sont perdus pour la profession en général, parce que le médecin traitant n'a pas songé à en prendre note ou, l'ayant fait, n'ose pas les livrer à la publicité. Un peu plus de confiance en leurs propres ressources, un peu plus d'amour-propre, et il n'en faut pas plus à beaucoup de médecins pour se rendre utiles à leurs confrères, en leur faisant part des résultats de leur expérience.

Ainsi préparés et organisés, nous entrons dans 1889 avec toute la confiance possible et surtout avec le plus vif désir de consacrer au succès de l'UNION MÉDICALE, ainsi qu'aux intérêts de la profession, tout ce que nous possédons d'énergie et de bonne volonté.

Remplacement d'un médecin par son confrère.

On nous a plus d'une fois demandé quelles pouvaient être les conditions de remplacement d'un médecin par son confrère. Cette question, toujours très délicate, par le fait même qu'elle a trait à des intérêts pécuniaires, est très judicieusement résolue, à notre sens, par un correspondant du *Concours médical.* Nous livrons cette solution à l'examen attentif de nos lecteurs, nous avouant, à part nous, qu'ils ne sont pas très rares les confrères qui ignorent ces choses :

" 1o *Pour la clientèle ordinaire.*—Le médecin ne doit rien à son remplaçant. Il s'agit, d'ailleurs, d'un service rendu à charge de revanche. On suppose aussi que le remplaçant soit dans de bons termes avec le remplacé. Le remplaçant prend sur son temps, mais il fait office de bon confrère, et ne peut que gagner, soit à voir beaucoup de malades, soit à être connu des familles

Digitized by Google

chez lesquelles il se rend. Rien ne dispose mieux les familles pour le remplaçant que lorsqu'à une offre d'honoroires, celui-ci répond : " Vous ne me devez rien, vous règlerez avec mon confrère."

" 2o *Pour la clientèle d'une usine, chemin de fer, etc., service fait aux appointements fixes.*

" C'est de ce côté que peut venir une rémunération pour le médecin suppléant : le service est plus pénible, donne moins de satisfaction d'amour-propre. Il y a là substitution complète du remplaçant au remplacé. Il doit répugner à celui-ci de toucher à ses honoraires du mois ou du trimestre sans les laisser aux mains de son obligeant confrère.

" 3o *Pour un service d'hôpital rétribué.*

" Même cas, mais il serait bien de la part des administrateurs, pour peu que l'hôpital soit à son aise, de payer directement les services du remplaçant.

" 4o *Pour un service d'hôpital non rétribué.*

" Il n'est rien dû au remplaçant.

" 5o *Pour un service de théâtre, courses, entreprises particulières,* non rétribuées ou qui ne le sont que par une entrée donnée au titulaire.

" Il n'est rien dû au remplaçant.

" 6o *Pour certificats de compagnies d'assurances ou autres, rétribués,* qu'ils soient demandés soit au médecin remplaçant, soit à un médecin quelconque pris en l'absence du médecin ordinaire.

" Deux cas à distinguer. Si la compagnie prend un médecin quelconque, celui-ci peut garder la totalité des honoraires. Si elle prend le remplaçant désigné, celui-ci doit donner au titulaire la moitié des honoraires. Car c'est à la désignation par le titulaire qu'il doit ce travail assez rémunérateur parfois eu égard au peu de peine qu'il s'est donné."

Il va sans dire qu'il ne peut s'agir ici que d'absence et de remplacement pour une période relativement courte, par exemple, une semaine ou un mois de vacance.

Mais, nous dira-t-on, y a-t-il avantage, pour un médecin, à se faire remplacer de la sorte ? Oui, à tous égards, si le remplaçant entre réellement dans l'esprit de son rôle et s'il comprend bien toute la délicatesse de sa position. Il faut de toute nécessité que ce remplaçant, comme le dit le correspondant du *Concours*, soit dans de bons termes avec le remplacé ; il fait office de bon confrère et s'acquiert des droits à ce que semblable service lui soit rendu à l'occasion.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons eu occasion de voir des médecins remplaçant ainsi, sur demande expresse, un confrère absent, s'insinuer de propos délibéré dans les bonnes grâces des familles, et chercher, et réussir à détacher celles-ci de leur médecin ordinaire dont ils ne se faisaient pas faute de dire autant de mal que possible, soit ouvertement, soit,

Digitized by Google

ce qui est peut-être pis, par de simples mais très perfides insinuations. En face de semblable procédés il peut arriver qu'on se demande s'il est à propos de se faire remplacer ou s'il ne vaut pas mieux laisser les clients libres de s'adresser à qui ils voudront. C'est, du reste, ce que plusieurs font sans avoir sujet de s'en trouver plus mal.

Medecin et Pharmacien.

En dépit de la loi de justice et de probité qui veut que le pharmacien ne change pas les dispositions d'une ordonnance de médecin et ne substitue pas à un médicament qui lui manque un autre remède qui n'est pas prescrit, en dépit de cette loi, disons-nous, il est encore des pharmaciens, exceptions très rares il faut le dire, qui, sur ce point, semblent être d'une facilité étonnante et ne se font pas toujours scrupule de substituer autant que la chose est possible et praticable.

JUN 19 1890

Un confrère nous racontait tout dernièrement qu'ayant, dans un cas quelconque, ordonné de l'infusion de digitale combinée à du nitrate de potasse, l'ordonnance fut exécutée *minus* la digitale.

Pour nous, nous connaissons tel pharmacien qui, à plusieurs reprises, a tenté de substituer à une préparation prescrite une autre dont il avait sans doute un assortiment plus considérable. Ainsi, à un malade auquel nous avions ordonné des *capsules* de créosote, goudron et tolu, on a essayé de faire comprendre que les mêmes médicaments, sous forme d'*émulsion* (Emulsion Marchais) seraient bien plus acceptables. A un autre auquel nous avions conseillé l'huile de foie de morue *émulsionnée*, le même pharmacien a tenté de faire croire que l'huile *pure* (embouteillée par lui-même) présentait plus d'avantages.

Ces faits n'ont guère de gravité, par eux-mêmes, attendu qu'ils se rapportent à des médicaments de peu d'importance et que la substitution a été surtout *commerciale* si nous pouvons ainsi dire, mais ils n'en sont pas moins désagréables pour le médecin qui, dans ce cas, est bien tenté de dire à son client: "Mon ami, ne faites plus exécuter mes ordonnance chez M. *un tel*."

A ce propos nous nous demandons jusqu'à quel point le pharmacien peut exercer sa liberté en commentant les ordonnances du médecin. Jusqu'ici nous étions resté sous l'impression que le rôle de l'apothicaire se bornait à exécuter avec soin l'ordonnance prescrite, sans commentaires, et surtout sans chercher à faire de la substitution, de quelque manière que ce soit. Le médecin reste toujours le seul juge compétent de l'opportunité de prescrire à son malade telle ou telle préparation pharmaceutique, même s'il s'agit de spécialités, et le pharmacien n'a rien à y voir.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DESROCHES.—**Traité élémentaire d'hygiène privée,** par le Dr. J. I. DESROCHES, Rédacteur en chef du "*Journal d'hygiène populaire,*" etc., etc., etc. Octavo de 186 pages, 1889. Typographie de W. F. Daniel, 25 rue Ste-Thérèse, Montréal.

L'auteur vient de réunir en volume les leçons d'hygiène dont il a intéressé les lecteurs du *Journal d'hygiène populaire* depuis plusieurs mois.

La science hygiénique a été si longtemps méconnue, dédaignée presque, chez nous, que c'est assurément faire acte de philantropie que de la réhabiliter et d'en enseigner les lois. Heureusement, ce travail persévérant des hygiénistes, cette lutte contre la routine et l'ignorance n'ont pas été improductifs, car si l'hygiène n'occupe pas encore la place à laquelle elle a droit chez le peuple, du moins, elle n'est plus inconnue, les sceptiques et les railleurs d'hier se sont rendus à l'évidence.

Nos félicitations à M. le Dr. Desroches pour son savant et utile "Traité."

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux de compter au nombre de nos échanges *The Maritime Medical Journal,* revue mensuelle de médecine, publiée à Halifax, N. E., et dont le premier numéro porte la date du 1er novembre 1888. Nos meilleurs souhaits de longue vie à l'organe de la profession médicale des provinces maritimes.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur CADIAT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. M. Cadiat laisse de nombreux travaux qui font autorité, principalement sur l'anatomie générale.—A New York, Thomas T. SABINE, professeur d'anatomie au *College of Physicians and Surgeons* de New York.

La vaccination en Allemagne.—La vaccination, qui est obligatoire en Allemagne, a réussi à faire rayer la variole des causes de décès. C'est ainsi qu'aujourd'hui, à Berlin, on ne perd qu'un habitant sur 100,000 de variole, tandis que jadis, il en mourait 92. A Londres, le fait est encore plus patent : la mortalité est de 06, seulement par 100,000 personnes.

Digitized by Google

Dimanche, 23 septembre, a eu lieu, à Bourg-en-Bresse, l'inauguration du buste du professeur Robin. Sur le piédestal, on lit : " A Charles Robin, membre de l'Institut, sénateur de l'Ain." Le gouvernement s'était fait représenter à cette cérémonie par M. Deluns-Montaud, ministre des travaux publics, qui a rappelé la vie de Robin comme républicain et comme philosophe ; le ministre de l'instruction publique avait délégué M. Pouchet, professeur au muséum, et ce dernier a parlé du savant ; enfin, M. Sappey, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, a montré comment Robin avait été le créateur de l'histologie en France.

Nouveau procédé pour la destruction des cadavres.—Un médecin de Pittsburg, nommé Cooper, vient de faire patenter un procédé de son invention permettant de réduire un cadavre humain en une petite masse solide, complètement inaltérable, inodore, et qui présente l'aspect du marbre.

Cette transformation s'obtient au moyen de la compression du cadavre à une très haute température. Le corps d'un adulte peut être réduit par ce procédé en un morceau de matière compacte de douze à quinze pouces de diamètre. L'inventeur a sur son bureau les restes d'un enfant réduit en une masse d'aspect élégant et en forme de croix. Une société commerciale est en train de se former dans le but d'exploiter le procédé du docteur Cooper, procédé qui, paraît-il, est appelé à remplacer avec avantage la crémation.

Les centenaires en France. — En France le recensement de 1886 a accusé 184 centenaires. L'administration a fait procéder à une enquête sommaire à ce sujet, et il est résulté de cette enquête qu'on ne pouvait pas évaluer au-dessus de 83 le nombre réel des centenaires, parmi lesquels 52 femmes et 31 hommes.

Le doyen de ces centenaires, serait un nommé Rives, habitant à Tarbes, porté par son acte de baptême comme né le 21 août 1770, en Espagne, il aurait donc actuellement 118 ans, et il jouirait d'une parfaite santé. Après lui viendrait une femme de 114 ans, née en 1774, et qui habite le département de l'Ardèche. En dehors de ces deux cas de longévité exceptionnelle, l'âge de 105 ans paraît être la limite extrême de la vie en France.

Au point de vue social : ce sont les mendiants qui fournissent le plus grand nombre de centenaires, 22 sur 83. On ne signale qu'un seul centenaire parmi les personnes ayant une situation de fortune très aisée, probablement M. Chevreul, le doyen des étudiants de France, âgé de 102 ans.

Peptones pepsiques de Chapoteaut.—Une bonne peptone, pour être assimilable, doit remplir les conditions suivantes :

Emploi de viande de bœuf de première qualité, sans muscle, ni graisse ; rejet absolu de la viande de cheval.

Digestion de cette viande de bœuf avec la pepsine, dialysée pure, jamais par les acides seuls.

Digitized by Google

Après la digestion, la peptone obtenue doit être neutre, ne conteuir ni glucose ajoutée souvent pour augmenter la quantité d'azote au détriment de la quantité de viande employée, ni chlorure de sodium ou sel marin provenant de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour la digestion de la viande, ni tratate de soude quand on s'est servi d'acide tartrique dans le même but.

Une solution de peptone pure doit être limpide et ne pas précipiter par l'acide azotique, ce qui est la conséquence d'une digestion parfaite.

La peptone Chapoteaut remplit exactement toutes ces indications ; c'est à sa pureté, à sa régularité de préparation et d'action qu'elle doit d'être la seule employée dans le laboratoire de M. Pasteur pour les opérations si délicates de culture des organes microscopiques, dans les laboratoires de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Au ministère de la marine, les navires qui font le service de la Cochinchine et du Tonkin doivent être, par décision ministérielle, approvisionnée de la Peptone Chapoteaut, car c'est le plus puissant moyen de nourrir les malades atteints de la diarrhée, du choléra ; le traitement est de beaucoup plus actif que le régime lacté.

La Peptone Chapoteaut est employée sous les formes suivantes :

Poudre de Peptone Chapoteaut—qui représente cinq fois son poids de viande de bœuf et que l'on fait dissoudre dans du thé, du bouillon ou nu potage pour augmenter leur puissant nutritive, ou dans de l'eau pour lavements.

Vin de Peptone Pepsique Chapoteaut.—Ce vin est alimentaire par excellence ; il est agréable au goût, se conserve bien sous tous les climats et contient, par cuillerée à bouche, 10 grammes de peptone.

Il s'emploie dans tous les cas où il est nécessaire de relever les forces des malades, d'assurer une alimentation et une digestion régulière.

Il se prend après les repas à la dose d'un demi-verre à vin de bordeaux.

Toxicité de l'air venant des poumons.—C'est à l'Académie des Sciences que M. le Dr Brown-Séquard a fait cette révélation.

Notre savant académicien ne parle pas au hasard et, quand il affirme une chose, il faut le croire; car ce serait lui faire une injure que d'en douter. Or il dit que lorsqu'on fait passer par un serpentin garni de glace, les vapeurs qui proviennent directement des voies respiratoires, on obtient un liquide qui, inoculé à des chiens, à la dose *d'un milligramme*, détermine aussitôt la dilatation des pupilles, une diminution notable de la respiration, une sorte de paralysie des membres. A la dose de 20 centigrammes, l'animal succombe toujours dans l'espace de sept heures.—*Scalpel.*

Digitized by Google

VARIETES.

Les maladies et les symptomes à noms propres.

La *Gazette médicale de Strasbourg*, a publié dans son dernier numéro un article très intéressant sur les inconvénients de désigner les maladies par des noms propres. L'auteur termine par la liste suivante qu'il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

ADDISON (*kéloïde d'*).—Morphée.
ADDISON (*maladie d'*).—M. bronzée.
ALIBERT (*maladie d'*).—Mycosis fongoïde.
ARAN-DUCHENNE (*maladie d'*).—Atrophie musculaire progressive.
ASTLEY-COOPER (*hernie d'*).—H. crurale à sac multilobulé.
ARGYLL-ROBERTSON (*signe d'*).—Absence du réflexe pupillaire.
BASEDOW (*maladie de*).—Goître exophtalmique.
BAZIN (*maladie de*).—Psoriasis buccal.
BÉCLARD (*hernie de*).—H. à travers l'orifice de la saphène.
BELL (*paralysie de*).—Paralysie de la 7e paire.
BERGERON (*maladie de*).—Chorée rythmique localisée.
BOUDIN (*loi de*).—Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
BOYER (*kyste de*).—Kyste sous-hyoïdien.
BRIGHT (*mal de*).—Néphrite albumineuse.
BROWN-SÉQUARD (*syndrome de*).—Hémiparaplégie avec hémianesthésie du côté opposé.
CAZENAVE (*Lupus de*).—Lupus erythémateux,
CHARCOT (*maladie de*).—Arthropathie des ataxiques.
CHARCOT (*maladie de*).—Sclérose latérale amyotrophique.
CHEYNE-STOKES (*respiration de*).—Respiration urémique.
CLOQUET (*hernie de*).—H. périnéale.
COLLES (*loi de*).—Non infection de la mère par son enfant syphilitique.
CORRIGAN (*maladie de*).—Insuffisance aortique.
CORVISART (*facies de*).—Facies asystolique.
CRUVEILHIER (*maladie de*).—Ulcère simple de l'estomac.
DONDERS (*glaucome de*).—Glaucome simple atrophique.
DRESSLER (*maladie de*).—Hémoglobinurie paroxystique.
DUBINI (*maladie de*).—Chorée électrique.
DUCHENNE (*maladie de*).—Ataxie locomotrice.
DUCHENNE (*paralysie de*).—Paralysie pseudo-hypertrophique.
DUHRING (*maladie de*).—Dermatite herpétiforme.
DUPUYTREN (*hydrocèle de*).—H. en bissac.
DUPUYTREN (*maladie de*).—Rétraction de l'aponévrose palmaire.

Digitized by Google

E. WILSON (*maladie de*).—Dermatite exfoliatrice généralisée.
EICHSTEDT (*maladie d'*).—Pityriasis versicolor.
ERB (*paralysie d'*).—P. radiculaire du plexus brachial.
ERB-CHARCOT (*maladie d'*).—Tabes dorsal spasmodique.
FOUCHARD (*maladie de*).—Périostite alvéo-dentaire.
FRIEDREICH (*maladie de*).—Ataxie locomotrice héréditaire.
GERLIER (*maladie de*).—Vertige paralysant.
GIBERT (*pityriasis de*).—P. rosé.
GIBBON (*hydrocèle de*).—H. avec hernie volumineuse.
G. DE LA TOURETTE (*maladie de*).—Incoordination motrice avec écholie et coprolalie.
GOYRAND (*hernie de*) H. inguino-interstitielle.
GRAVES (*maladie de*).—Goître exophthalmique.
DE GRÆFE (*signe de*).—Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
GUYON (*signe de*).—Ballottement rénal.
HARLEY (*maladie de*).—Hémoglobinurie paroxystique.
HEBERDEN (*rhumatisme de*).—Rh. des petites jointures avec nodosités.
HEBRA (*maladie de*).—Erythème polymorphe.
HEBRA (*pityriasis de*) —P. rubra chronique.
HEBRA (*prurigo de*).—Pr. vrai idiopathique.
HENOCH (*purpura de*).—P. avec symptômes intestinaux.
HESELBACH (*hernie de*).—H. crurale à sac multilobulé.
HIPPOCRATE (*faciès de*).—Facies agénique.
HODGKIN (*maladie de*).—Adénie.
HOGDSON (*maladie de*).—Athérome de l'aorte.
HUGUIER (*maladie de*).—Fibro-myômes utérins.
HUTCHINSON (*dent de*).—Dent syphilitique (échancrure semi lunaire du bord libre).
HUTCHINSON (*triade de*).—Echancrure dentaire ; Kératite interstitielle ; otite (syphilis hérédit.).
JACOB (*ulcère de*).—Ulcère cancroïdal.
JACKSONIENNE (*épilepsie*).—Epilepsie partielle.
KAPOSI (*maladie de*).—Xéroderma pigmentosum.
KOPP (*asthme de*).—A. thymique ; spasme de la glotte.
KRONLEIN (*hernie de*).—H. inguino-propéritonéale.
LAENNEC (*cirrhose de*).—C. atrophique.
LANDRY (*maladie de*).—Paralysie ascendante aiguë.
LAUGIER (*hernie de*).—H. à travers le ligament de Gimbernat.
LEBER (*maladie de*).—Atrophie optique héréditaire.
LEVRET (*loi de*).—Insertion marginale du cordon avec placenta prœvia.
LITTRE (*hernie de*).—H. diverticulaire.
LUDWIG (*angine de*).—Phlegmon sus-hyoïdien infectieux.
MALASSEZ (*maladie de*).—M. kystique du testicule.
MÉNIÈRE (*maladie de*).—Vertige labyrinthique.

Digitized by Google

MILLAR (*asthme de*).—Laryngite striduleuse.
MORAND (*pied de*).—P. à huit orteils.
MORVAN (*maladie de*).—Parésie analgésique des extrémités.
PAGET (*maladie de*).—Eczéma précancéreux du mamelon.
PAGET (*maladie de*).—Ostéite déformante hypertrophique.
PARROT (*maladie de*).—Pseudo-paralysie syphilitique.
PARROT (*signe de*).—Dilatation de la pupile par pincement de la peau (méningite).
PARKINSON (*maladie de*).—Paralysie agitante.
PARRY (*maladie de*).—Goître exophthalmique.
PAVY (*maladie de*),—Albuminurie intermittente.
PETIT (*hernie de J. L.*).—H. lombaire.
POTT (*anévrisme de*).—An. par anastomose.
POTT (*fracture de*).—Fr. du péroné, par divulsion.
POTT (*mal de*).—Ostéite vertébrale.
PAYNAUD (*maladie de*).—Asphyxie symétrique des extrémités.
RECLUS (*maladie de*).—Maladie kystique de la mamelle.
RICHTER (*hernie de*).—Enterocèle pariétal.
RIAOLTA (*maladie de*).—Actinomycose.
ROMBERG (*signe de*).—Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
ROSENBACH (*signe de*).—Abolition du réflexe abdominal.
SALAAM (*tic de*).—Salutation convulsive.
SŒMISCH (*ulcère de*).—Ul. infectieux de la cornée.
STORK (*blennorrhée de*).—Bl. des voies respiratoires supérieures.
STOKES (*loi de*).—Paralysie des muscles sous-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
SYDENHAM (*chorée de*).—Ch. vulgaire.
THOMSEN (*maladie de*).—Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.
TORNWALD (*maladie de*).—Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
VELPEAU (*hernie de*).—H. crurale en avant des vaisseaux.
VOLKMANN (*difformité de*).—Luxation congénitale tibio-tarsienne.
WARDROP (*maladie de*).—Onyxis malin.
WEIL (*maladie de*).—Typhus abortif avec ictère.
WELLS (*facies de Spencer*).—Facies ovarien.
WERLHOFF (*maladie de*).—Purpura hemorrhagica.
WESTPHAL (*signe de*).—Abolition du réflexe rotulien.
WILLAN (*lupus de*).—L. à forme tuberculeuse.
WINCKEL (*maladie de*).—Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

On n'a rapporté ici que les maladies le plus communément citées dans la littérature médicale ; nous n'ignorons pas qu'il y en a bien d'autres encore.

NAISSANCE.

LAMBERT.—A St. Zéphirin, le 13 courant, madame J. O. Lambert, un fils.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

Anomalie du rein,

par le Dr. A. Lamarche

professeur d'Anatomie à l'Université Laval, Montréal.

Les reins sont, normalement, et dans l'immense majorité des cas, au nombre de deux. Ils mesurent en moyenne une longueur de quatre à cinq pouces, une largeur de deux et une épaisseur d'un à un et demi. Situés chaque coté de la colonne vertébrale, ils reposent sur le muscle carré des lombes dont ils sont séparés par le feuillet antérieur ou interne de l'aponévrose du muscle transverse de l'abdomen.

On sait que le poumon droit, qui est divisé en trois lobes, est plus court que le gauche qui n'en a que deux, parce qu'il est refoulé par le foie ; le rein droit est plus court et situé plus bas que le gauche pour la même raison. Celui-ci pèse un peu plus que son congénère.

Par leur extrémité supérieure ils sont en rapport avec les piliers du diaphragme, et médiatement, le droit avec la 12ème côte, le gauche avec la 11ème et la 12ème. Vu la position respective de la veine cave et de l'aorte, la veine rénale droite est plus courte que la gauche, tandis que c'est le contraire pour l'artère, fait qu'il ne faut pas oublier dans la néphrectomie. De même que le pancréas, les deux dernières parties du duodénum, les colons ascendant et descendant (dans la plupart des cas,) le rein est recouvert et non enveloppé par la séreuse péritonéale. Une atmosphère graisseuse plus ou moins épaisse et une tunique fibreuse l'enveloppent.

Pour faire le tracé de l'organe : 1o sur la paroi abdominale antérieure, tirez une ligne verticale du milieu du ligament de Poupart jusqu'au rebord costal, et une horizontale au niveau de l'ombilic ; l'extrémité inférieure du rein est à un pouce au-dessus de l'horizontale, tandis que le tiers externe est en dehors et les deux tiers internes en dedans de la verticale.

2o Sur la paroi abdominale postérieure, tirez une ligne verticale à un pouce de la colonne vertébrale et s'étendant du sommet de l'apophyse épineuse de la 11ème vertèbre dorsale au sommet de l'apophyse épineuse de la 3ème vertèbre lombaire, et une ligne horizontale s'étendant à angle droit du sommet de la précédente à $2\frac{3}{4}$ pouces en dehors, puis tracez un parallélogramme en tirant deux

Digitized by Google

lignes parallèles aux précédentes, c'est la région rénale (Morris)

Ces détails topographiques n'avaient pas, il y a 20 ans, l'importance qu'ils ont aujourd'hui, car alors la chirurgie rénale n'existait pas ; mais depuis le cas de Polk qui enleva un rein unique à une de ses patientes qui mourut onze jours après, on a dû se renseigner sur le sujet.

Il arrive pourtant que le rein se déplace (rein flottant), qu'il existe trois de ces organes, les surnuméraires n'étant le plus souvent alors que des lobes détachés de celui auprès duquel ils sont situés.

Il ne paraît pas possible que la vie soit compatible avec l'absence des deux reins, cependant Rayer fait mention d'une jeune fille (cas de Moulon, de Trieste,) qui mourut à 14 ans et qui n'avait ni reins, ni uretères, ni vessie; elle passait par l'ombilic une quantité assez abondante d'un liquide ressemblant à de l'urine M. Pigné rapporte dans les Bulletins de la *Société Anatomique* qu'il a constaté l'absence des deux reins chez un foetus à terme, mais ce foetus était affecté de plusieurs vices de conformation et il n'a pas été démontré qu'il eut vécu après la naissance. Sappey qui cite ce dernier fait ajoute : " Aucun fait ne prouve la possibilité de l'absence des reins. La vie n'est pas compatible avec l'absence de l'appareil urinaire "

Une anomalie assez fréquente du rein est le rein en " fer à cheval." Dans ce cas les deux organes sont reliés à leur extrémité inférieure par un pont de tissu conjonctif ou plus souvent glandulaire rénal, de façon à présenter la forme d'un fer à cheval à concavité supérieure; les deux uretères sont ordinairement présents et originent de la face antérieure, par exception de la face postérieure de l'organe. 14,318 antopsies pratiquées à Guy's, St. Bartholomew, Middlesex et au Great Ormond Street Hospital ont donné neuf anomalies de ce genre, soit 1 pour 1600.

Il peut arriver que cette bande unissante soit assez large pour fusionner presque complètement les deux reins, dans lequel cas on n'a plus le " fer à cheval " mais une masse assez semblable à un placenta. 8,178 autopsies n'ont donné qu'un cas de ce genre (Morris)dans ces cas le rein est situé à cheval sur la cclonne vertébrale, au promontoire du sacrum ou dans le bassin.

Un des reins peut être presque complètement atrophié congénitalement, 3 cas sur 11,978 autopsies (Morris) ou complètement absent. Les Bulletins de la *Société anatomique* à la date de 1879 contiennent dix exemples de rein unique. Il est tantôt en position normale tantôt au devant de la colonne vertébrale ou dans la fosse iliaque. " Un rein unique peut parfaitement suffire à l'entretien de la vie, car alors il s'hypertrophie, en sorte que la réduction de l'appareil urinaire est plus apparente que réelle et la fonction reste intacte " (Sappey). Dans une statistique de 48 cas réunie par Beumer, 26 étaient sains, mais le fait que 22 étaient malades indique

Digitized by Google

une prédisposition morbide bien accentuée. Dans 10 de ces derniers cas on a trouvé des calculs dans le bassinet ou dans l'uretère. Cinq de ces cas ont causé la mort par anurie.

J'ai rencontré ces jours derniers un cas de rein unique sur un cadavre à l'amphithéatre de dissection à l'Université.

Par malheur je n'ai pu retracer l'histoire du sujet que nous avions immergé pendant plusieurs mois, avec quelques autres, dans une cuve remplie d'alcool, et voici tout ce que j'ai pu constater : Femme d'à peu près 30 à 32 ans, taille, 5 pieds 2 pouces, poids, 110 à 120 livres, tissus musculaire et adipeux normalement développés, seins gros et bien conformés, le col et le fond de l'utérus portent des traces irrécusables de grossesse, mais pas en grand nombre, car l'ouverture externe du col utérin présente une ligne, une fente nette et sans déchirures, et une consistance moindre que chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants.

Le sujet ne possède qu'un seul rein, en travers sur la colonne vertébrale, au niveau des 4e et 5e vertèbres dorsales, le bord inférieur convexe de l'organe en ligne avec l'articulation sacro-lombaire. Il est pour ainsi dire moulé sur le corps des vertèbres et les gros vaisseaux. Il mesure dans son plus grand diamètre, le transversal, 5¾ pouces, dans sa plus grande largeur, à droite, 3 pouces, dans sa moindre, à gauche, 2 pouces, et dans toute son étendue un demi pouce d'épaisseur seulement; il pèse 3½ onces. Il ne faut pas oublier que le sujet avait été immergé dans l'alcool pendant plus de deux mois et qu'il était sur la table de dissection depuis près de quinze jours.

L'organe présente la forme normale, celle d'un haricot; toutefois, sur son bord inférieur convexe on trouve à deux pouces de l'extrémité gauche un encoche de trois lignes de profondeur, et sur le rebord de l'extrémité droite une autre encoche de deux lignes; le bord supérieur, concave, en présente une semblable à un pouce de l'extrémité droite.

Sur la face antérieure du rein, à 2½ pouces d'intervalle, sont symétriquement placés les deux bassinets, d'apparence normale, et les uretères. L'organe possède trois artères et trois veines. Une des artères, du volume d'une artère rénale ordinaire, origine de l'aorte à un pouce et demi au dessus du rein et se bifurque avant de pénétrer dans le hile, c'est-à-dire au milieu du bord supérieur, la glande qui est très-mince, par rapport à son volume, étant applatie; une deuxième, de moitié plus petite, origine de la face droite de l'aorte à un pouce au dessus de rein et y pénètre par l'encoche que j'ai signalée sur le bord supérieur; la troisième, d'un calibre encore moindre, origine comme les deux précédentes de l'aorte, derrière la glande, se dirige obliquement de haut en bas et de gauche à droite pour aller pénétrer dans l'encoche de l'extrémité droite. La veine principale, de calibre moitié moindre que la normale, origine du bord supérieur à un pouce à gauche de l'artère, et va se

Digitized by Google

jeter dans la veine cave à 3½ pouces plus haut que le rein; la deuxième origine du même bord à un pouce à gauche de la première et se jette dans la cave 4 pouces plus haut; la troisième qui est très-petite origine dans l'encoche du bord supérieur et se jette dans la cave 1½ pouce plus haut que le rein. Autant que je puis m'en assurer, la glande n'offre pas de traces de lésions pathologiques, ni foyer de suppuration ni calcul, les bassinets et les uretères sont normaux.

Est-ce là un rein unique ou sont-ce deux glandes complètement fusionnées par une large bande de tissu glandulaire? Les deux bassinets et les trois encoches me laissent bien quelques doutes à cet égard, mais la forme caractéristique de l'organe, le nombre et la disposition irrégulière des vaisseaux m'inclinent à croire que c'est bien là un exemple de rein unique. Quoiqu'il en soit, c'est une anomalie bien rare, bien plus que celle de rein en fer à cheval, comme le prouvent les statistiques citées plus haut, et j'ai cru qu'elle valait la peine d'être rapportée.

Ablation d'un sein cancéreux chez une femme enceinte de cinq mois et demi;

par le docteur M. M. Mitivier,

de Holyoke, Mass., E. U.

Je n'aurais pas communiqué à la profession l'observation qui va suivre si elle ne présentait pas plusieurs points intéressants. Trois éléments concourent à en faire un cas assez rare. D'abord le volume du sein qui pesait, après l'opération, trois livres et douze onces; ensuite la condition de la femme qui était enceinte de cinq à six mois, et la guérison rapide qui s'est opérée en quinze jours.

Cette femme avait souffert de plusieurs abcès depuis ses deux dernières grossesses. Ces lésions prolongées ont déterminé une infiltration générale dans le sein et une hypertrophie assez considérable. Mais les douleurs ne sont devenues intolérables que depuis quatre à cinq mois. Jusque là, ces symptômes auraient pu faire supposer un adénome; mais les douleurs vives, lancinantes, et l'épanouissement du mamelon en chou-fleur, la rénitence et la dureté du sein, l'adhésion de la peau sur une large étendue de la partie saillante de l'organe, sa surface raboteuse et son adhérence au pectoral ne laissaient guère plus de doute sur le caractère malin de la tumeur. Depuis cette époque, le sommeil était devenu impossible sans opiacés. Son médecin ayant épuisé déjà tous les éléments de la matière médicale recommandés en pareil cas, il ne me restait qu'à décider si l'opération était admissible ou non. La malade était enceinte de cinq à six mois, mais la constitution n'était pas encore altérée. La cachexie cancéreuse, caractérisée par une teinte jaune paille de la peau, n'avait pas fait de progrès sensible. Les glandes de l'aisselle paraissaient intactes. La ma-

Digitized by Google

lade pesant deux cents livres et étant fortement constituée, j'ai cru qu'elle pourrait supporter le choc de l'opération, et courrait moins de risque qu'en laissant faire. Aussi je décidai d'opérer sous le plus court délai.

Deux jours après je faisais l'ablation de la tumeur. Je n'ai pas besoin de décrire les détails opératoires qui ne présentent en eux-mêmes rien d'extraordinaire. Malheureusement, l'adhérence de la peau sur une grande étendue du sein m'a empêché de faire des lambeaux assez larges pour couvrir toute la plaie. Mais ce contretemps n'a pas empêché la guérison de se faire dans les quinze jours qui ont suivi, à l'exception d'une surface granuleuse de deux pouces de longueur sur un pouce de largeur, et qui était cicatrisée quelques jours après.

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE

par H. E. Desrosiers, M. D.,

professeur à l'Université Laval, (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Chlorure de méthyle.—Iodoforme et saccharine.—Les phénacétines.—L'escholtzia californica.—Le sulfonal.—Acide fluorhydrique et tuberculose.—La codéine et le strophantus comme analgésiques.—Térébenthine et cancer.—Encore l'antipyrine en obstétrique.—L'acide lactique dans la diarrhée des tuberculeux.—Hedwigia balsamifera.—La pyrodine.—Sucre et diphtérie.

Nous ne saurions mieux commencer cette REVUE qu'en examinant les travaux toujours très intéressants présentés à la *Société de thérapeutique* de Paris depuis la publication de notre dernier article.

Chlorure de méthyle.—M. Huchard s'est bien trouvé des pulvérisations de chlorure de méthyle dans le traitement des douleurs parfois intolérables de l'irritabilité spinale et autres cas analogues.

Iodoforme et saccharine.—M. Dujardin-Beaumetz se prononce carrément contre l'emploi de l'iodoforme comme antiseptique dans le traitement des ulcérations de l'intestin, diarrhées, etc., et la plupart des membres présents partagent son opinion.

Par contre, M. Constantin Paul trouve dans la saccharine un précieux antiseptique pour les voies digestives, attendu qu'elle n'est pas toxique et présente une odeur et une saveur agréables. Il la croit indiquée dans les dyspepsies putrides, la dilatation de l'estomac, simple ou symptomatique d'un cancer du pylore, le carcinome de l'estomac (en lavages), le catarrhe de la vessie avec urines ammoniacales (en injections). Malheureusement, cet anti-

Digitized by Google

septique n'a qu'un pouvoir limité; ainsi, tandis que d'un côté, à 1/200, il arrête le développement du *bacterium termo*, et à 1/500, celui du *stuphylococcus pyogenes aureus*, d'un autre côté, il ne jouit d'aucune action sur le microbe de la fièvre typhoïde.

Les phénacétines.—Les phénacétines, produits nouveaux de la chimie organique, se placent à côté de l'antipyrine et de l'acétanilide comme médicaments analgésiants ou anodins. Pour M. Dujardin-Beaumetz, la phénacétine serait la moins toxique de ces trois composés, et elle ne déterminerait des symptômes un peu alarmants : refroidissements des extrémités, vertiges, etc., qu'à la dose de 30 à 45 grains. M. Beaumetz l'emploie de préférence pour combattre les douleurs mal déterminées des neuro-ataxiques, celles du rhumatisme, avec ou sans fièvre. Comme antithermique, la phénacétine n'est pas à recommander, attendu qu'elle amène un abaissement très considérable de la température, abaissement qui n'est pas proportionnel aux doses employées, même quand elles sont minimes.

L'escholtzia californica.—C'est une nouvelle plante, de la famille des pavots, dans laquelle M. Bardet et M. Adrian ont découvert une certaine quantité de morphine. L'escholtzia serait donc un auxiliaire de l'opium. Le nouveau médicament est à l'étude.

Le sulfonal.—M. Constantin Paul se trouve très bien de l'emploi de ce nouv l hypnotique (dont nous avons déjà parlé dans une précédente Revue) dans les cas d'insomnie, nerveuse surtout. " Non seulement, dit-il, le sommeil survient avec une dose de 18 à 36 grains, mais la nuit qui suit est le plus souvent tranquille. " L'auteur l'a encore employé avec succès dans l'insomnie des aliénés, celle des cardiaques, et Roth l'a utilisé comme substitutif de la morphine chez les morphinomanes.

M Huchard fait remarquer que d'après l'expérience qu'il en a, le sulfonal agit très lentement, son action se manifestant rarement avant deux heures après son administration, ce qui fait qu'on doit le prescrire de préférence à doses massives. Il signale comme inconvénients principaux du sulfonal : une prolongation parfois trop considérable du sommeil, et des symptômes désagréables, vertige, fatigue, lassitude, etc. éprouvés au réveil. En définitive, il ne croit pas le sulfonal supérieur au chloral, son seul avantage sur celui-ci étant qu il possède une action prolongée.

Comme il est facile de le voir par le rapide exposé qui précède, la *Société de Thérapeutique* se tient constamment à la tête du mouvement thérapeutique en France et tous les médicaments nouveaux y sont étudiés et expérimentés avec une attention scrupuleuse qui ne laisse pas place à l'enthousiasme exagéré de certains expérimentateurs étrangers.

Acide fluorhydrique et tuberculose.—Nos lecteurs n'ont pas oublié l'emploi que l'on a voulu faire de l'acide fluorhydrique en

Digitized by Google

inhalation pour détruire le bacille tuberculeux dans les cas de phthisie. L'expérience ne semble pas avoir été favorable au nouveau microbicide qui va, aussi lui, aller rejoindre dans l'oubli les naguère fameuses injections rectales de M. Bergeon. A l'Académie de médecine, M. le professeur JACCOUD a déclaré que: "l'acide "fluorhydrique, en solution graduellement concentrée jusqu'à "égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun "degré la virulence des crachats tuberculeux." Il faudrait donc faire inhaler l'acide fluorhydrique pur. Or cela n'est pas praticable d'après M. Jaccoud. M. Hérard est d'avis, au contraire, que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur peuvent être impunément respirées, qu'elles atténuent la virulence du bacille et la détruisent même complétement quand l'acide est très concentré.

La codéine et le strophantus comme analgésiques.—BRUNTON (*British Medical Journal,*) renouvelant les observations de Barbier en 1834, parle avec beaucoup d'éloges de l'emploi de la codéine dans les affections abdominales douloureuses en général, plus spécialement quand l'affection siége dans le bas-ventre. Il est d'avis que la codéine est très efficace dans les cas où il s'agit de calmer les douleurs intestinales, et qu'on peut, bien mieux que pour la morphine, en élever les doses sans produire de somnolence ni déranger les fonctions respiratoires et intestinales. La dose ordinairement prescrite est un grain, répété au besoin.

A propos d'analgésique, nous croyons devoir mentionner le fait que STEINACH, d'Inspruck, a constaté que le strophantus possède des propriétés analgésiantes. On a d'abord expérimenté sur la conjonctive qui devient insensible comme après l'instillation de la cocaïne, mais avec cette différence que l'anesthésie ne commence qu'au bout d'un temps relativement court après l'instillation (25 à 30 minutes); en revanche elle dure beaucoup plus longtemps. Injecté sous la peau, le strophantus déterminerait également une anesthésie locale. On ignore encore la nature du principe analgésique du strophantus. Ce n'est pas la strophantine.

Térébenthine et cancer.—Les docteurs CLAY, de Londres, et BRADBURY, de Cambridge, viennent de mettre en lumière des faits nouveaux qui semblent démontrer que la térébenthine de Chio, vantée naguère par Clay dans le traitement du cancer, et depuis tombée en discrédit comme on le sait, ne serait pas en réalité tout à fait inefficace contre cette maladie. On a cité des cas de guérison. Rappelons, pour mémoire, les conditions dans lesquelles le médicament doit être administré si l'on veut avoir chance de réussir : Le sujet doit être jeune encore et vigoureux ; le traitement doit être précoce, c'est-à-dire, institué au début de la maladie ; la térébenthine doit être donnée à haute dose, être parfaite-

Digitized by Google

ment pure et provenir de Chio. Les térébenthines des autres provenances ne jouissent pas, paraît-il, des propriétés spéciales à la térébenthine de Chio. La saturation de l'économie par ce médicament créerait, selon Clay, un milieu défavorable à la vie des cellules cancéreuses ou du principe infectieux de la maladie.

Encore l'antipyrine en obstétrique.—Les bons résultats obtenus par quelques observateurs dans l'emploi de l'antipyrine pour calmer les douleurs de l'accouchement ne sont pas tous confirmés par M. AUVARD qui, à l'hôpital de la Charité, a tenté lui aussi l'emploi du remède en injections sous-cutanées. Aussi conclut-il (*Archives de Tocologie*, novembre 1888) :

1o Chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine pendant le travail semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique.

2o Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle ;

3o Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante, et on ne peut en aucune façon le mettre en parallèle avec le chloral, ou le chloroforme à dose obstétricale, dont la puissance anesthésique est toujours incontestable.

L'acide lactique dans la diarrhée des tuberculeux.—Se basant sur les bons effets obtenus par M. Hayem dans le traitement de la diarrhée verte infantile par l'acide lactique, MM. SÉZARY et AUNE, d'Alger (1), ont eu l'idée d'essayer ce médicament dans la diarrhée de l'adulte. Les résultats furent satisfaisants mais variables. Un fait cependant attira l'attention, c'est que l'acide lactique réussissait à coup sûr dans la diarrhée des tuberculeux. Ce résultat n'aurait rien de surprenant si l'on songe à l'efficacité de l'acide lactique contre les manifestations locales de la tuberculose en général. Quant au mode d'administration et à la dose, MM. Sézary et Aune procèdent de la façon suivante : Ils débutent par 36 grains dans une potion de 4 onces, et, si la dose est insuffisante, ils vont rapidement jusqu'à 100 et 160 grains, à prendre dans les 24 heures. A cette dose, les malades se plaignent souvent d'agacement des dents, de malaise gastrique que l'on fait disparaître en ajoutant 1 gramme de chlorodyne à la potion. Dès le deuxième jour les selles diminuent de fréquence ; elles redeviennent normales vers le quatrième jour.

Hedwigia balsamifera.—Ce nouveau médicament, qui croit aux Antilles et qui appartient à la famille des térébinthacées, vient

(1) *Lyon médical*, 26 août 1888

Digitized by Google

d'être étudié par MM. GAUCHER, COMBEMALE et MARESTANG, (*Académie des Sciences*, séance du 24 septembre 1888). Il résulte des recherches faites jusquici que l'*hedwigia balsamifera* est un poison nerveux, hypothermisant, paralysant et convulsivant. Chez les animaux on a produit un abaissement considérable et rapide de la température et, en outre, de la paralysie débutant par le train postérieur et s'étendant progressivement au reste du corps et s'accompagnant de convulsions. Dans les extraits alcooliques et aqueux du médicament on a trouvé, comme principes actifs, un alcaloïde et une résine. L'alcaloïde est surtout convulsivant, mais moins paralysant et hypothermisant que la résine, laquelle, en revanche, possède une action antithermique très marquée et tout à fait spéc ale. En dehors de cette dernière action, la résine semble agir comme le curare.

La pyrodine.—Encore un antithermique, connu aussi sous le nom de phénacéthydrozine, au sujet duquel nous donnerons des détails dans notre prochaine revue. La pyrodine serait un antipyrétique beaucoup plus puissant que l'antipyrine, l'acétanilide et la phénacétine, et, il est juste d'ajouter, plus toxique. La dose est de 2 à 4 grains pour les enfants et de 8 à 12 pour les adultes.

Sucre et diphthérie.—Le docteur LOREY, de Franckfort-sur-Mein, recommande beaucoup les insufflations de sucre finement pulvérisé dans les cas de diphthérie. Employé dans 80 cas, chez des sujets de tout âge et à toutes les périodes de la maladie, ce nouveau procédé a donné les résultats suivants: Moindre durée de la maladie, gravité moindre aussi, diminution de la fétidité de l'haleine, ramollissement et expulsion des fausses membranes. Ces insufflations se font au moyen d'un vaporisateur ordinaire muni d'un robinet en verre.

Ce moyen vaut certainement la peine d'être mis à l'épreuve, d'autant plus qu'il fait partie d'un mode de traitement qui est de plus en plus en faveur dans la thérapeutique de la diphthérie ; nous voulons parler des moyens de douceur, surtout quand il s'agit d'applications locales.

Mixture pour remplacer l'huile de foie de morue.—*Larmande.*

P.—Glycérine pure	8	onces
Sirop de framboises	1½	once
Teinture d'iode	30	gouttes
Iodure de potassium	5	grains

M.—*Dose :* Une cuillerée à bouche, un quart d'heure avant le repas.—*Formulaire de thérapeutique.*

Digitized by Google

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 18 janvier 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur BROSSEAU fait quelques observations relativement à l'*épulis* et montre une pièce pathologique un rapport avec cette affection. C'est un morceau du maxillaire inférieur envahi dans toute son épaisseur par la maladie. Le patient était opéré pour la troisième fois. A cette époque la glande sous-maxillaire et les ganglions cervicaux n'étaient pas pris; il y a eu récidive un mois et demi après l'opération, et cette fois, les ganglions sont atteints.

Le docteur LAMARCHE recommande d'opérer après récidive. Il cite un cas de guérison datant déjà de quatre ans; le patient avait déjà été opéré deux fois. La première opération a paru n'être pas assez radicale.

Le docteur BRENNAN fait remarquer que l'épulis s'étend plutôt en surface qu'en profondeur, et qu'on doit se guider en conséquence pour le choix du procédé opératoire.

M. le PRÉSIDENT ne croit pas que l'épulis se présente avec des caractères toujours identiques, et il est d'opinion qu'il est difficile de dire d'avance si la lésion sera bénigne ou non. Lorsque la lésion est superficielle, il s'agit d'un épithélioma et la guérison s'opère. Quand la lésion est profonde, elle est de nature sarcomateuse et récidive. Il conseille une intervention rapide et immédiatement radicale, quelque soit le nombre des récidives, pourvu que les glandes ne soient pas affectées. Afin d'être bien sûr d'enlever toute la portion malade du maxillaire, il recommande d'enlever toute la moitié s'étendant de la symphyse à l'articulation.

Le docteur BROSSEAU montre quelques autres pièces se rapportant à l'*épithélioma de la lèvre.*

Séance du 1er février 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur LAMARCHE communique une observation *d'anomalie du rein* et exhibe une pièce pathologique à l'appui. (Voir plus haut, page 57.)

Nota.—Par suite d'une erreur de mise en pages, deux lignes entières ont été omises dans les remarques faites par M. le PRÉSIDENT, à la séance du 4 janvier (UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de janvier 1889, page 29.) Le troisième paragraphe doit se lire comme suit : " M. le PRÉSIDENT ne redoute pas les dangers de " l'*arrachement. L'hémorrhagie qui en résulte est facile à arrêter. Il signale les* " *dangers de la cautérisation* etc., etc." Les mots en italique représentent ici les lignes omises.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

De la bronchite.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Au numéro 2 de la salle Piorry est couchée une femme qui hier était sous le coup d'une orthopnée pénible. Aujourd'hui cette orthopnée a disparu complètement. La malade est atteinte de bronchite. Au lit numéro 1 il y a une bronchite, au 3 également. Presque toutes les malades ont de la bronchite. La salle des hommes est pareillement atteinte.

La bronchite est une maladie bien commune et cependant son histoire renferme beaucoup de points indécis, et malgré les secours de l'auscultation, un grand nombre de points restent obscurs.

A propos de ces malades, nous allons revenir sur la genèse, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la bronchite.

Etiologie.—Les bronches sont exposées à toutes les injures de l'atmosphere. Avant le poumon, elles reçoivent le contact de l'air, elles gardent les poussières en suspension. Elles souffrent les premières des excès de la température, de la trop grande sécheresse, de la trop grande humidité.

Le contact de l'air dans les pays froids peut-il être cause de la bronchite? Cela n'est pas absolument prouvé. L'air, en effet, n'arrive pas froid aux bronches, il a déjà eu le temps de se réchauffer dans la bouche et le larynx. De même l'humidité et la sécheresse semblent avoir peu d'action sur elles. L'humidité de la peau agit-elle sur la peau par action réflexe, en arrêtant la sueur et augmentant par là même les sécrétions bronchiques? C'est possible et supposable.

Mais l'air n'est-il pas chargé de schizomycètes qu'il porte dans les bronches en les infectant? La question est peu connue. Mais cette hypothèse est admissible si l'on considère que les affections bronchiques se montrent souvent sous forme épidémique. Telle est la grippe, qui parcourt le monde avec tant de rapidité. D'ailleurs, il ne faudrait pas conclure que l'infection agit seule et que le froid ne peut avoir aucune action sur le développement de la bronchite. Mille raisons font supposer que ces deux causes coïncident.

Digitized by Google

Pour la bronchite, comme pour les autres maladies, la tuberculose par exemple, il faut tenir compte des résistances individuelles. Les individus malingres ne sont souvent pas ceux qui sont le plus sujets aux bronchites.

Nous savons que l'âge est une prédisposition singulière à cette affection. Chez les enfants et chez les vieillards, elle a une intensité plus grande que chez les adultes.

Les gaz irritants peuvent, dans certains cas spéciaux, produire la bronchite. Les poussières, qui intéressent si souvent le poumon, semblent agir peu sur les bronches. On rencontre cependant des bronchites causées par les poussières de coton, de laine, de crin (coupeurs de brosses), chez qui elles ne guérissent qu'avec la cessation du métier.

La bronchite peut être la manifestation des affections les plus diverses. Un grand nombre des infections déterminent la bronchite. D'abord, il faut placer la rougeole dont elle est presque toujours la première manifestation (toux rubéolique), puis ensuite (plus rarement) la variole et la scarlatine, puis la diphthérie et enfin la coqueluche dans laquelle la bronchite devance la toux spasmodique.

On croit devoir faire une large part aux affections constitutionnelles, goutte, scrofule, syphilis, rhumatisme. Sous cette forme, la question est d'une solution difficile. Jamais, en effet, on n'a mis la main sur le corps du délit. Cependant, cette discussion a une raison d'être. Les sujets atteints de ces diathèses peuvent-ils contracter des bronchites? Oui, plutôt que d'autres. Et quand ces sujets prennent une bronchite, celle-ci affecte une allure assez particulière pour qu'on puisse la caractériser spécifiquement. Il y a plus: il n'est pas rare dans la goutte, par exemple, de voir des accès de bronchite alterner avec des accidents goutteux; quand ces accidents surviennent la toux cesse, et souvent, avant leur arrivée, elle s'exaspère.

On peut donc conclure en affirmant qu'il existe une relation entre certaines bronchites et certains états constitutionnels particuliers. En ce qui concerne les arthritiques, ce qui le prouve, c'est la soudaineté de l'apparition et de la disparition de la bronchite.

Pour la syphilis, certaines bronchites peuvent s'expliquer par une roséole des bronches, sans parler des bronchites par ulcérations de nature tertiaire.

Il y a toute une catégorie de bronchites qui surviennent dans les fièvres infectieuses, la fièvre typhoïde, l'embarras gastrique, etc.

Il est clair aussi que des bronchites surviennent par action réflexe, certains états intestinaux occasionnant des troubles circulatoires du côté du poumon et des bronches. L'expérience de tous les jours semble le prouver. Quand on administre à un

Digitized by Google

bronchitique une tasse de lait chaud, on agit sur l'estomac et cependant on améliore l'état de ses bronches. Ce cataplasme chaud de l'estomac agit à la façon d'un cataplasme appliqué sur la paroi thoracique. Le vomitif n'a seulement pas pour but de débarrasser les bronches des glaires qui l'encombrent et bien mieux chassées par les efforts de toux ; ce n'est pas plus pour chasser celles qui ont été dégluties et passées dans l'estomac. Le vomitif agit probablement sur les bronches par un réflexe gastrique.

Symptomatologie.—Elle est simple et se caractérise par la dyspnée et la toux. Et il n'y a que dans certaines formes de maladies adynamiques, telles que la fièvre typhoïde, qu'il peut y avoir bronchite sans toux.

Les éléments de *diagnostic* ne sont donc pas difficiles à trouver. Il s'agit seulement de reconnaître l'étendue de la bronchite, si elle est limitée à la trachée (trachéite, sensation de brûlure derrière le sternum), ou si elle s'étend aux bronches. Quand elle est bien limitée à la bronche, il arrive que les sécrétions se concrètent, forment bouchon, gênent l'émission de l'air et il peut y avoir affaiblissement du murmure vésiculaire. La douleur peut être bien distinguée à un point par le malade.. Cet état peu déterminer des toux de longue durée et inspirer de graves inquiétudes, faire supposer une tuberculose jusqu'au moment où le bouchon est expulsé et où la fonction se rétablit.

La question de savoir comment se produit la toux dans la bronchite n'est pas indifférente. La trachée, qui est assez peu sensible physiologiquement, le devient à un degré extrême sons l'influence de l'état pathologique.

En général, la bronchite ne fait pas varier la sonorité de la poitrine, sauf quelque cas où elle l'augmente. On explique cette augmentation de la sonorité par un emphysème passager, qu'on appelle emphysème aigu, mauvaise dénomination du reste. Ces modifications du jour au lendemain, telles que celles qu'on a pu constater chez la femme du lit numéro 2 de la salle Piorry, sont dues à la dyspnée. Les inspirations répétées font pénétrer beaucoup d'air dans la poitrine et dilatent les vésicules pulmonaires. —(*A suivre*).—*Praticien.*

Traitement de l'épilepsie par la galvanisation du corps thyroïde, par SIGUICELLI.—Considérant les troubles nerveux, en partie d'ordre convulsifs, qui composent la cachexie strumiprive (effet de l'ablation du corps thyroïde), l'auteur s'est demandé si un trouble des fonctions de la glande thyroïde ne pouvait pas jouer un rôle dans la production de l'épilepsie, et cette idée l'a conduit à essayer la galvanisation du corps thyroïde chez les épileptiques. Sept malades furent ainsi traités : trois n'éprouvèrent aucune modification, ni dans le nombre ni dans l'intensité

Digitized by Google

des accès, ni dans l'état psychique ; chez les quatre autres, il y eut d'abord une augmentation, puis une diminution rapide et progressive du nombre des accès qui cessèrent même tout à fait pour un mois chez un malade, et pour deux mois chez un autre, et cette diminution du nombre des accès s'accompagna d'une modification favorable de leur intensité et d'une amélioration de l'état psychique des malades.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

Traitement de l'angine de poitrine.—Le Dr. Liegeois a fait à l'Association des médecins des Vosges une intéressante conférence sur cette question. Il blâme d'abord l'emploi de la pyridine et de l'antipyrine pendant l'accès, parce que ces agents sont des vaso-constricteurs capables d'accentuer encore les symptômes angineux. Il recommande, pendant un à trois ans, les quinze premiers jours de chaque mois, les *iodures*, soit de *potassium*, soit de *sodium*, soit de *calcium* ou de *lithium* (aux doses de 0 gr. 25 à 3 gr.), et les quinze derniers autres jours, 2 à 12 gouttes, trois à six fois dans la journée, d'une solution alcoolique de *nitroglycérine* ou *trinitrine* au 100e. Avec les iodures comme avec la trinitrine, vous diminuez, ce qui est au moins utile dans l'artério-sclérose, la pression vasculaire, et vous facilitez, vous activez la circulation interstitielle du cœur ; avec les iodures, vous arrivez à résoudre *plus* ou *moins* les lésions endartéritiques ou périartéritiques quand elles ne sont pas trop enracinées, et ceci n'est pas contestable, quoiqu'on l'ait encore contesté à l'Académie de médecine dans des termes aussi inexacts que désobligeants. Depuis l'usage systématique des iodures dans la modification de l'angine organique, la mortalité, qui était de 9 sur 10, *n'est plus que* 3 *ou* 4 *sur* 10. On ne saurait guérir tout le monde, parce que la rouille intra ou péri-artérielle est parfois si vieille qu'elle est indélébile ; n'en est-il pas ainsi des lésions scléreuses trop avancées de la syphilis tertiaire ? Les partisans des iodures, je m'honore d'en être un, disent non pas en néophytes crédules, mais convaincus par les faits ; nous guérissons l'angine organique athéromateuse ou artériosclereuse dans les 6/10 des cas par la médication iodurée, *longtemps prolongée.* J'ajoute : le passé, quoi qu'on écrive, nous a donné raison, l'avenir pourra bien être à nous. Et vous l'affirmerai-je ? tout se sait : plusieurs illustrations médicales, qui luttent énergiquement contre nos doctrines, prescrivent comme nous les iodures,—sans doute pour contrôler nos assertions ! ! !

Vous traiterez de la même manière l'*angine fonctionnelle* ou *vaso-constrictive par ischémie-anémie du myocarde* : le nitrite d'amyle pendant l'accès, la trinitrine après, seront vos armes de combat. Vous n'aurez recours aux iodures que dans l'angine tabagique, des recherches cliniques récentes ayant établi que la myocardité scléreuse latente n'est point rare chez les nicotiniques.

L'angine par *hypéréménie du plexus cardiaque*, détermination

Digitized by Google

fluxionnaire aiguë du rhumatisme ou de la goutte, se trouve bien d'une révulsion éloignée sur les jointures avec des sinapismes ou des vésicatoires, d'une saignée ou d'une révulsion locale au niveau du plexus cardiaque, et à l'intérieur du *salicylate de soude* (préférable encore à l'antipyrine, il n'a pas du moins ses effets vasculaires) dont on tempèrera par quelques injections de morphine ou plutôt par un peu de trinitrine les effets ralentissants sur le cœur. La révulsion énergique au niveau de l'aorte constituera avec les piqûres de morphine, le meilleur mode de traitement de l'*angine névristique :* on administrera les iodures, comme plus haut.

L'angine névrosique est justiciable, pendant l'accès, quand il est *névralgique* et rien que *névralgique*, de l'injection de *morphine* ; en dehors de l'accès on met en œuvre les ressources multiples de l'*hydrothérapie*, et, si la douleur du plexus cardiaque y paraît favorisée par des *troubles gastriques*, la *diète lactée*, les *amers*, le *lavage de l'estomac*, les *évacuants*, en préviennent le retour.—*Gazette médicale de Nantes.*

Pouls lent permanent et urémie.—M. Debove rappelle à la *Société médicale des hôpitaux*, 26 octobre 1888, que le pouls lent permanent s'observe à la suite de lésions de l'encéphale ou de la moelle, dans les maladies du cœur, et dans d'autres dont la pathogénie est demeurée obscure, malgré l'hypothèse émise par M. Charcot relativement à l'existence d'altérations bulbaires dans ce cas. Il est habituel de voir la lenteur permanente du pouls être accompagnée d'attaques syncopales et de crises de dyspnée.

M. Debove a constaté ce symptôme chez une femme de 81 ans qui, malade seulement depuis trois semaines, avait le pouls à 32 avec un cœur normal. Un peu d'œdème malléolaire, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine, dont la sécrétion ne dépassait pas 500 à 800 gr. par 24 heures. L'auscultation ne rendait pas compte de l'intensité d'une dyspnée continue exagérée par le moindre mouvement. Les attaques syncopales étaient quotidiennes et suivies de quelques convulsions. M. Debove soupçonna l'urémie et prescrivit le régime lacté. Quand la quantité des urines se fut élevée à 1200 ou 1300 gr. par jour et le taux de l'urée de 8 gr. à 20 gr., la dyspnée et les attaques syncopales disparurent ; mais le pouls resta à 32.

Il semble donc que la lenteur du pouls ne soit pas la cause des attaques syncopales et épileptiformes qu'on observe en même temps que lui et que celles-ci soient imputables à l'urémie.

La sécrétion urinaire diminue toujours quand la pression artérielle diminue ; dans le cas de pouls lent, permanent, la pression artérielle moyenne devra donc être inférieure à la normale par suite de la rareté des systoles et la sécrétion urinaire doit diminuer.

" En résumé, conclut M. Debove, on admet que dans le pouls lent, permanent, divers accidents et surtout les crises syncopales,

Digitized by Google

épileptoïdes et dyspnéiques sont des manifestations bulbaires. Cela paraît probable, mais ces manifestations bulbaires pourraient être elles-mêmes d'origine dyscrasique. C'est du moins une hypothèse que rend acceptable l'absence de toute lésion constatée dans le bulbe et que confirment l'observation de mon malade et les observations bien connues de Goll et de Cl. Bernard."

M. Rendu trouve ce fait intéressant, mais discute l'interprétation proposée par M. Debove. L'existence de l'urémie chez cette malade n'est pas prouvée, puisqu'elle n'a jamais eu traces d'albumine, l'urémie d'emblée sans aucun symptôme de dégénérescence rénale étant, sinon irréalisable, du moins bien exceptionnelle.

L'amélioration à la suite du régime lacté ne prouve pas non plus que les accidents syncopaux et convulsifs fussent d'ordre urémique ; la malade se nourrissait à peine au moment où ces symptômes existaient, le lait ingéré à dose assez abondante a élevé son taux nutritif et par conséquent la quantité d'urée comme la quantité d'urine.

Enfin les troubles bulbaires des urémiques consistent plutôt en une irrégularité de pouls avec dyspnée du type Cheyne-Stokes.

La malade de M. Debove, dont l'urémie supposée aurait été dissipée par le traitement, a gardé pourtant son pouls à 32.

M. Rendu considère le pouls lent permanent comme une manifestation primitivement bulbaire; peut-être existe-t il quelquefois chez des urémiques, mais le plus souvent il est indépendant de toutze maladie du rein et du cœur.

Dans un cas de ce genre observé par lui, le café, l'oxygène, l'électrisation n'ont jamais pu faire monter le pouls à plus de 18 ou 20 par minute.

En résumé, en exceptant les cas où on a constaté des lésions des méninges ou de la base du crâne, la pathogénie du pouls lent permanent reste inconnue.

M. Debove se défend d'avoir attribué à l'urémie le pouls lent permanent; il a dit que le pouls lent permanent pouvait contribuer à engendrer l'urémie.

M. Gingeot cite le cas d'une brightique de 83 ans dont le pouls est à 30 ou 32 depuis plusieurs années qu'il la soigne. Elle urine 1000 gr. en général ; à un moment où l'urine était tombée à 500 gr., et l'urée à 7 gr., on vit survenir des accidents syncopaux dyspnéiques et convulsifs qui se dissipèrent au bout de deux jours quand le régime lacté eut ramené l'urine à 1000 gr. Cette femme, au cours d'une bronchite grave avec 39° de température axilllaire, n'eut encore que 40 pulsations par minute.—*Concours médical.*

Traitement de l'ictère catarrhal.—Le Dr Kittrell a observé 5 cas d'ictère catarrhal typique et il a réussi à obtenir une guérison rapide par le procédé suivant. Il donnait 54 grains de phos-

Digitized by Google

phate de soude, trois fois par jour et ordonnait des applications au niveau de la région hépatique de linges imprégnés d'acide chlorhydro-nitrique dilué. La guerison arriva dans le cas le moins favorable, en 13 jours, dans deux cas en une semaine, et dans les deux derniers en 10 jours. Il croit cependant que l'action principale est due au phosphate de soude, car un malade qui négligea les applications externes d'acide dilué, guérit néanmoins en une semaine à l'aide du phosphate de soude.—*Medical Record.*

Attaque de sommeil.—Clinique de M. le professeur CHARCOT à la Salpêtrière—J'ai fait apporter devant vous une femme, qui dort déja depuis treize jours, sans s'être réveillée une seule fois. Il s'agit d'une femme très connue dans l'hospice, j'allais même dire de tout Paris, car c'est elle dont, à différentes reprises, les journaux ont parlé, la désignant sous le nom de *dormeuse de la Salpêtrière.* Je dois vous dire que, malgré la durée de ce sommeil, on est sans inquiétude sur le compte de cette femme, on sait qu'elle se réveillera un jour ou l'autre, qu'elle appartient à la catégorie des hystériques de la grande espèce, et qu'il n'y a rien de grave dans son état.

Cette femme, en effet, a des attaques de sommeil depuis 1875 : une fois elle a dormi deux mois, une autre fois quarante jours seulement ; elle appartient au service de M. Jules Voisin qui me l'a obligeamment prêtée. Cette malade mérite toute notre attention, car elle représente un type particulier : la malade a des attaques de sommeil, c'est là un phénomène propre à l'hystérie et qui ne se rencontre pas ailleurs.

L'histoire de cette femme, la fameuse Eudoxie X..., est consignée dans la première iconographie photographique de la Salpêtrière, publiée sous la direction de MM. Bourneville et Regnard, en 1875.

Moi-même j'ai fait sur elle une première leçon, en 1883 ; cette leçon, inédite en France, a été traduite en italien par Millotti ; enfin, j'ai fait une deuxième leçon, qui a été publié dans le *Bulletin médical* du 2 décembre 1887.

On retrouve l'histoire d'Eudoxie dans le travail de M. Gilles sur les attaques de sommeil.

Cete femme est entrée à la Salpêtrière, il y a vingt-six ans, à l'âge de vingt-sept ans, elle a des antécédents nerveux fort remarquables :

Mère épileptique dans l'enfance ;

Père ivrogne (peut-être dipsomane) ;

Sœur nerveuse.

A dix-huit ans, elle a commencé à avoir des attaques ; vous voyez quelle tenacité a cette hystérie encore considérée par bien des médecins comme une affection légère.

Les attaques ont duré jusqu'en 1875, et ont été remplacées par

Digitized by Google

les crises de sommeil. Les attaques antérieures étaient bel et bien des attaques d'hystéro-épilepsie dans le sens où nous l'employons, c'est-à-dire n'ayant rien de commun avec l'épilepsie, le morbus sacer, et ne lui ressemblant que dans sa phase initiale.

Cette malheureuse femme a encore été victime d'un de ces accidents, fréquents chez les hystériques, je veux parler des paraplégies, qui peuvent parfois disparaître, mais qui, fréquemment aussi, deviennent permanentes et constituent une infirmité incurable. Vous voyez ces muscles atrophiés et réduits à rien ; ces sortes de pieds-bots. Cette malade, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'est fait quelque lésion du système nerveux, présente une paraplégie dont elle ne guérira évidemment pas.

On a appelé l'état dans lequel est cette femme *crise de sommeil*, le mot sommeil est-il bon ? Dans tous les cas, il ne s'agit en aucune façon du sommeil naturel. Quand on dort on peut vous réveiller en faisant du bruit avec un tam-tam, en vous faisant respirer de l'ammoniaque, en vous électrisant à toute volée... Notre malade résisterait à toute tentative de ce genre. Nous n'avons d'efficace que la pression de l'ovaire, encore ne parvenons-nous, par ce moyen, qu'à obtenir quelques grognements, quelques mouvements sans réveil aucun.

Autre différence avec le sommeil naturel.—La malade présente une série de contractions spasmodiques des paupières, elle paraît vibrer, les membres sont raides, de temps à autre elle se soulève et exécute ce que nous appelons *une salutation incomplète.* Eh bien ! c'est cet état de tension et d'agitation si différent de ce que l'on voit dans le sommeil naturel avec résolution musculaire, qui me fait considérer le sommeil de cette femme comme une attaque fruste, une attaque manquée au lieu du tapage de la grande hystérie ; il y a là un calme apparent, mais auquel il ne faut pas se laisser prendre. Ces mouvements de translation du corps en avant, c'est l'esquisse des grands mouvements qu'exécute habituellement l'hysérique en attaques régulières.

Cette raideur des membres, cette mousse aux lèvres, c'est l'esquisse de la phase épileptoïde ; enfin, ce cri poussé de temps à autre, ce mouvement qui l'accompagne, c'est l'ébauche de l'hallucination gaie ou terrrifiante qui marque ordinairement avec l'arc de cercle la fin de l'attaque classique.

Mais, nous dira-t-on, pourquoi ne s'agirait-il pas là de l'état de mal épileptique où l'on vibre aussi, où l'on n'a pas sa connaissance ? Je répondrais à cela : c'est tout autre chose ; les symptômes que je viens d'indiquer manquent absolument dans l'état de mal. L'état de mal est un état très grave, qui souvent se termine par la mort ; il a des signes spéciaux ; enfin, le thermomètre, qui accuse d'un côté une température énorme, de l'autre une température normale, indique assez dans l'un l'activité des combustions et l'usure rapide, dans l'autre le ralentissement de la nutrition et un *statu quo* d'animal hibernant.

Digitized by Google

Une seule fois une *hystérique* en série d'attaques eut une température de 39 degrés : très inquiet nous cherchâmes la raison de ce phénomène insolite, nous ne tardâmes pas à la trouver dans une constipation datant de plusieurs jours. Un purgatif eut promptement raison de l'élévation de température.

Signalons encore chez notre malade un autre fragment de la névrose hypnotique : des attitudes cataleptoïdes, trahissant par là l'intime union, ou mieux l'intime parenté de ces états connexes, l'hystérie, les attaques de sommeil et le sommeil hypnotique.

Comment vit la malade ? De la manière la plus simple du monde. On lui fait avaler du lait, et cette alimentation, si insuffisante qu'elle paraisse, suffit encore. Il y a, en effet, ralentissement de la nutrition pendant toute la durée du sommeil, puis reprise des combustions élévation du taux de l'urée, (Regnard), au moment où le sommeil cesse. Il y a bien un peu d'amaigrissement dû à l'autophagie, mais sans gravité.

L'état de sommeil hystérique ne peut être confondu en aucune manière avec le coma apoplectique. Il suffit de signaler l'impossibilité d'une confusion.

M. Debove a appelé apoplexie hystérique la première phase de l'attaque de sommeil. Cette apoplexie, c'est le début brusque de l'attaque. On ne doit pas voir là autre chose et éviter de compliquer à plaisir la nomenclature, déjà si chargée, des phénomènes hystériques.

L'état de raideur de notre malade rappelle aussi l'attaque de raideur qu'obtiennent parfois, à leur grand effroi, les magnétiseurs de foire et de salon. Il s'agit donc bien là d'une des modalités de l'attaque d'hystérie, il est indispensable de le savoir pour éviter des erreurs préjudiciables au malade et encore plus préjudiciables au médecin.—*Gazette des hôpitaux.*

Réunion des plaies à l'air libre.—A l'Académie de médecine de Paris, M. LeFort qui ne croit guère à la nocuité sur les plaies de l'air atmosphérique, même de celui de nos salles d'hôpitaux, a cru que pour le démontrer, il n'y avait pas de meilleur moyen que de reprendre des expériences anciennes, de laisser toutes les plaies de ses opérés à découvert, en contact immédiat et permanent avec l'air; c'est ce qu'il a fait, et les résultats obtenus paraissent avoir été des plus satisfaisants. Tous ont guéri ou guérissent sans suppuration ou par première intention. Ce serait donc le renversement complet de la doctrine de Lister. Il reprendra et continuera cette curieuse expérience et il en apportera les résultats à l'Académie. S'ils sont identiques aux premiers, on peut être assuré d'avance qu'il en résultera une très vive discussion.—*Scalpel.*

Digitized by Google

CHIRURGIE

Phlegmon diffus de l'aisselle.—Clinique de M. CAMPENON, à l'Hôtel-Dieu.—Au numéro 5 de la salle Notre-Dame est couchée une femme atteinte d'une affection assez peu commune et qui comporte un pronostic assez réservé. Si l'on considère cette malade, grosse et forte, qu'on lui fasse étendre le bras droit, on voit que son aisselle présente un gonflement énorme, qu'elle forme une nouvelle mamelle.

D'après la malade, cette grosseur date de onze jours ; depuis cette epoque elle souffre, elle a soif, elle ne mange pas, elle a de la fièvre et des nausées : la tumeur augmente rapidement.

Il y a une forte saillie du creux axillaire, la peau est rosée, et, à première vue, on se dit qu'il y a là du pus. Si l'on considère le creux sous-claviculaire, on s'aperçoit que la clavicule et la paroi thoracique sont sur le même plan ; il n'y a pas de dépression. Il y a là quelques veinules sur la peau ; le creux sus-claviculaire ne présente rien de notable.

On est bien nettement en face d'une vaste collection de pus ; mais est-elle superficielle ou profonde ?

Les abcès de l'aisselle se divisent en deux groupes : les *superficiels* et les *profonds*. Les profonds se divisent en abcès par adénite suppurée et en phlegmon diffus du creux axiliaire.

Si l'on refoule le pus en pressant dans l'aisselle, on sent très bien qu'il remonte haut sous le creux sous-claviculaire. L'abcès est dans l'aisselle même. Dans l'adénite, le palper fait toujours sentir quelques masses dures, une coque et un point suppuré au centre. Ici, on ne sent pas un seul ganglion sous le grand pectoral. Tout le tissu cellulo-adipeux de l'aisselle est suppuré, nous sommes en présence d'un phlegmon diffus de l'aisselle.

Quelle est son origine ?

L'étiologie de ces phlegmons est variable. Ils sont quelquefois consécutifs à un traumatisme direct de l'aisselle, ou bien encore à une fatigue du membre, mais le plus souvent à une écorchure des doigts (angioleucite). La malade dit avoir eu, il y a quelque temps, un panaris. Actuellement elle présente sur l'index les traces évidentes d'une tourniole parfaitement satisfaisante pour expliquer la naissance du phlegmon.

Y a-t-il eu lymphangite ? Sans doute, car le tégument du membre droit est épaissi le long de son bord cubital. Le palper en est douloureux.

Digitized by Google

Il y a souvent écorchure des doigts, lymphangite et adénite, mais rarement phlegmon de l'aisselle. Quand ils se produisent, ils sont dus soit à la virulence extrême du produit septique inoculé au doigt, soit à l'état général mauvais du sujet.

Quand il y a des complications aux phlegmons de l'aisselle, il faut les chercher dans le dos et du côte du thorax. Dans le dos, il faut rechercher si le travail phlegmoneux n'a pas gagné la partie postérieure dorsale, au-dessous du petit dentelé, en fusant le long du muscle sous-scapulaire. Du côté du thorax, ces phlegmons peuvent donner naissance à des pleurésies de voisinage, quelquefois purulentes. Enfin, du côté du paquet vasculo-nerveux, ils peuvent donner naissance à des phlébites, des accidents par compression ; dans deux cas, on a vu l'artère s'ulcérer et se produire une hémorrhagie foudroyante.

Au point de vue *pronostique*, c'est là une affection grave à cause des complications possibles, surtout du côté des plèvres, malgré l'incision et le traitement méthodique. La guérison en est très lente et elle ne s'obtient jamais qu'au préjudice de la fonction du membre. En effet, la paroi thoracique, le grand pectoral, etc., ne peuvent que bourgeonner sans se déplacer, le bras se rapproche alors et se soude en partie à la paroi thoracique, et le mouvement d'abduction devient très limité.

L'incision faite, il sort un flot de pus considérable avec des lambeaux de tissu cellulaire et le doigt s'enfonce profondément jusque sous la clavicule, trouvant le paquet vasculo-nerveux.—*Praticien.*

A propos de quelques cas de réunion immédiate totale tentée d'emblée, par le docteur GALVANI, chirurgien de l'hôpital d'Athènes.—L'application de la méthode antiseptique généralement admise aujourd'hui et presque universellement répandue, a suffisamment fait ses preuves et la confiance qu'on peut avoir en elle est assez grande, pour que les tentatives de réunion totale d'emblée de certaines plaies chirurgicales susceptibles d'une coaptation plus ou moins complète (et, dans cette catégorie, le plus grand nombre d'entre elles peuvent être classées), loin d'être taxées de témérité, puissent être plutôt considérées comme le complément de cette méthode.

Guidé par ces idées et encouragé par une courte visite que nous avons été à même de faire, dans le courant de l'automne, dans quelques hôpitaux du centre de l'Europe, où nous avons remarqué une tendance générale à la suppression plus ou moins complète du drain dans ces conditions, nous avons, dans une série d'opérations que nous avons eu à pratiquer dans le courant de l'hiver qui vient de s'écouler, complètement supprimé le drainage, en nous efforçant, tant par les procédés opératoires, choisis *ad hoc*, que par la multiplicité des sutures, de supprimer autant que possible les aides et d'affronter entre elles les surfaces cruentées.

Digitized by Google

Les principales de ces opérations se rapportent à des amputations de sein (4) avec curage de l'aisselle, lipomes du dos (2), vastes adénites des régions parotidiennes et sous maxillaires (2) et à cinq amputations de membres, dont deux de cuisse et trois de jambe.

Les plaies provenant des amputations de membres étant considérées, à juste titre, comme les moins justiciables d'un traitement pareil, c'est sur elles, que nous désirons attirer l'attention.

Dans le but d'obtenir la meilleure coaptation possible entre les surfaces cruentées et d'y laisser les moindres vides que possible, nous avons procédé, dans l'exécution de ces opérations, de la manière suivante :

Les procédés choisis pour les trois amputations de jambe, au tiers inférieur, furent les procédés à grand lambeau postérieur et petit antérieur ; l'exécution, celle du professeur Verneuil. L'ischémie obtenue et des points de repère tracés à l'encre, au moyen du petit et long couteau dit à phalanges, la peau est sectionnee jusqu'à l'aponévrose ; la rétraction de la peau bien effectuée, les chairs sont attaquées et sectionnées jusqu'au squelette, de façon que le plus de longueur possible soit contenu dans les lambeaux.

La section des os pratiquée et l'hémostase obtenue, les muscles des lambeaux opposés sont rapprochés et suturés au moyen de catgut fin et flexible, de façon à couvrir le plus complètement possible la surface de section des os. Ceci obtenu, une seconde rangée de fils, soit en catgut un peu gros, soit en soie phéniquée, rapproche et applique exactement les lambeaux l'un contre l'autre ; enfin, une troisième rangée de fils plus fins et en soie phéniquée et très serrée complète la fermeture de la plaie.

De la même manière furent exécutées les deux amputations de cuisse au tiers supérieur. Le procédé mis en usage fut celui de deux lambeaux, antérieur et postérieur, ce dernier à peine un peu plus long, vu la rétraction plus forte des muscles de cette région.

Le pansement employé fut la gaze iodoformée et le coton hydrophile, parfois un sachet de charpie de bois au sublimé est ajouté, l'appareil est modérément serré et le membre est placé presque horizontalement d'emblée.

Toutes ces amputations ont été pratiquées sur des sujets jeunes. Des deux amputés de la cuisse, l'un est âgé de vingt-quatre ans et l'autre de quinze, et des trois amputés de la jambe, une jeune fille de dix-neuf ans, un garçon de treize ans et le troisième de onze ans. Les maladies qui ont nécessité l'intervention étaient toutes de nature tuberculeuse.

La marche suivie par ces opérés a été des plus satisfaisantes, l'échelle thermométrique a rarement dépassé de quelques dixièmes de degrés la normale, plus rarement encore et pour quelques heures seulement d'un degré tout entier.

Digitized by Google

La levée du premier appareil se faisait le sixième ou le huitième jour, lorsqu'on enlevait le plus grand nombre sinon la totalité des fils. Au deuxième pansement, s'effectuant sept ou huit jours après, la guérison était définitive et, s'il n'y avait pas d'autre obstacle, le malade se levait pour la première fois.

De pareils résultats, dira-t-on, sont aujourd'hui devenus communs avec la méthode antiseptique bien appliquée, le drainage y compris. Nous croyons que, par la suppression du tube et au moyen de cette réunion totale et serrée, outre la rapidité de la guérison, on obtient des moignons dont la beauté et la régularité ne peuvent être obtenues avec l'usage du drain et qui peuvent être regardés comme l'idéal de la chirurgie dans ces cas particuliers.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne.—M. le docteur BARETTE, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, publie, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, une note fort pratique sur les méthodes sanglantes et la méthode ignée, dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne, note que nous résumons pour nos lecteurs.

L'hypertrophie tonsillaire est une affection très fréquente, résultat ultime de toutes les maladies inflammatoires frappant l'amygdale. Considérée jadis comme un corollaire exclusif du lymphatisme et de la scrofulose, elle est cependant assez fréquente chez des sujets jeunes, des adolescents indemnes de toute tare pathologique : une angine, une rougeole, une scarlatine, peuvent aussi bien que les adénomes du pharynx, s'accompagner de cette hypertrophie ; les abcès fréquents amygdaliens, les inflammations phlegmoneuses laissent souvent, après eux, cette néoformation tonsillaire.

L'affection est d'ordinaire bilatérale : Les amygdales se présentent grosses, avec, dans les vacuoles approfondies, des dépôts pultacés, une surface lisse, rosée ; l'hypertrophie est souvent inégale d'un côté à l'autre ; mais cependant bilatérale aussi *chez un adulte* ; si l'on trouve une augmentation de volume unilatérale, il ne faut pas se borner au diagnostic hypertrophie, mais craindre le développement d'une tumeur ; en effet, l'épithélioma primitif de l'amygdale est unilatéral, le lymphadénome peut être bilatéral, mais l'adénite cervicale concomitante empêche l'erreur de diagnostic.

Les progrès de la maladie poussent les amygdales en dehors de leur loge normale, située entre les piliers du voile du palais, et font parfois qu'elles obstruent le fond du pharynx ; c'est alors que l'attention est attirée par les troubles mécaniques que cette obstruction, plus ou moins forte, apporte aux diverses fonctions : phonatoires, respiratoires et alimentaires. La voix devient voilée, faible, le timbre en est tout particulièrement modifié, la gêne

Digitized by Google

de la respiration oblige souvent les enfants à tenir la bouche bée, et contribue à leur donner un aspect d'inintelligence que complète souvent une surdité provoquée par la compression de la trompe d'Eustache. De véritables accès de dyspnée viennent parfois même rendre le pronostic de cette affection assez grave. Cette constante gêne respiratoire déforme le thorax. Le goût, l'odorat subissent des altérations profondes.

Toutes ces tristes conséquences d'une maladie très simple, exigent une thérapeutique sérieuse, efficace. Le traitement général ne doit jamais être négligé chez les enfants scrofuleux et sera combiné avec un traitement local consistant en applications topiques astringentes, au jus de citron, à l'alun, au liquide de Burow..... en douches et pulvérisations sulfureuses, en légères cautérisations à la teinture iodée. Le traitement général comporte l'huile de foie de morue, les iodures, les bains de mer, toute la thérapeutique hygiénique. en un mot, des enfants débiles.

L'établissement de phénomènes physiologiques, tels que celui de la menstruation, peuvent exercer une salutaire influence ; mais souvent ces traitements échouent, et la chirurgie est appelée à agir.

Deux méthodes, l'une sanglante, l'autre caustique, sont usitées.

La première a abandonné les broiements, l'arrachement, pour ne conserver que le bistouri ou l'amygdalotome. La seconde a rejeté tous les caustiques chimiques, pour ne plus employer que le fer rouge, et c'est cette seconde méthode qui, à l'heure actuelle, emporte les suffrages de la majorité des chirurgiens.

En effet, les procédés sanglants comportent de multiples désavantages: nous n'insisterons pas, avec l'auteur, sur la difficulté du choix instrumental pour l'ablation au bistouri ; constatons seulement que le bistouri expose le chirurgien à blesser la langue, les piliers et la voute du palais. Quant à l'amygdalotome, son inconvénient le plus sérieux est qu'il ne peut s'adapter à toutes les tailles d'amygdales, et cependant, pour qu'il agisse efficacement et sûrement, la lunette de l'instrument doit être proportionnée au volume de la tonsile. Cela nécessite donc plusieurs amygdalotomes ; l'instrument ne peut être employé en cas d'amygdales enchâtonnées ; et ce qui arrive trop souvent, la lame, au lieu de couper la glande, ne fait que la raser, l'érafler, ou l'entamer en surface, d'où récidive du mal. Mais à ces désavantages, que peuvent éviter l'habitude et la dextérité, s'ajoute le danger redoutable des hémorragies, danger qui augmente avec l'âge du patient. L'hémorragie peut être artérielle ; elle résiste parfois à toutes les applications styptiques, astringentes, glacées et a nécessité dans certains cas la ligature des carotides et la transfusion du sang. Ces accidents graves sont survenus aux plus habiles chirurgiens.

Digitized by Google

La section au bistouri ou à l'amygdalotome laisse après elle une douloureuse plaie, dont la lente cicatrisation expose les malades, hospitalisés surtout, aux nombreux dangers d'infection qui les entourent.

La cautérisation ignée parc à ces inconvénients divers: l'appareil instrumental est simple; tous les genres d'amygdales enchâtonnées ou en grappes peuvent être traitées par ce procédé; elle s'arrête au degré de rétraction amygdalienne voulu, elle ne provoque pas l'hémorragie.

Le cautère actuel a l'inconvénient de déterminer une chaleur rayonnante très forte; mais quel est le médecin qui ne possède actuellement, dans son arsenal, le précieux thermo-cautère? Krishaber a le premier, dit-on, utilisé cet instrument, dans le but de détruire les amygdales hypertrophiées. Quant à nous, nous en avions usé dans ce but, il y a plus de dix ans, trouvant le fait si naturel qu'il nous semblait tout indiqué par la nature de l'instrument et par la nature de l'affection à traiter. On se sert de la pointe fine, droite ou courbée, montée sur la rallonge métallique, portée au rouge sombre pour éviter tout écoulement de sang.

L'opération n'est pas douloureuse ou ne l'est que très peu; seuls, les individus que terrorise la vue du fer rouge ont besoin du chloroforme, et au reste, la cocaïne suffit à produire une anesthésie locale.

Le patient, la bouche largement ouverte, se place bien en face d'une fenêtre ou d'un foyer lumineux; on peut se servir du speculum abaisse-langue qui maintient bien la bouche ouverte et affaisse la langue; le plus souvent, un simple abaisse-langue suffit.

La pointe du thermo-cautère, portée au rouge sombre, est enfoncée à trois ou quatre reprises dans chaque amygdale, à une profondeur de 6 ou 7 millimètres, et à une distance de 6 à 8 millimètres d'un point cautérisé à l'autre. Il se creuse ainsi des cavités anfractueuses, et l'amygdale, après la chute des eschares, se ratatine par la formation d'un tissu cicatriciel. Les séances de cautérisations se répètent environ 5 à 6 fois pour les glandes les plus volumineuses et sont espacées de 5 à 6 jours. Quant aux amygdales hypertrophiées molles et peu saillantes, une seule séance peut suffire.

Le traitement consécutif se borne à de légers gargarismes astringents, boriqués, à des insufflations de poudre d'alun. M. Verneuil fait appliquer tous les matins, pendant 10 minutes, une serviette mouillée autour du cou.

Cette thérapeutique par les cautérisations est applicable à tous les cas d'hypertrophie. Elle n'expose à aucun danger, prévient toute hémorragie opératoire, n'interrompt en rien les occupations du patient s'il est d'un certain âge, et elle ferme la porte à toute infection, même en cas d'hospitalisation.

Digitized by Google

Occlusion intestinale d'origine néoplasique.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital de la Charité.—Le 19 décembre de l'année 1887, M. le professeur Trélat est appelé en province auprès d'un homme âgé de cinquante ans. Depuis *onze* jours, ce malade ne rendait absolument rien par l'anus, ni gaz, ni matières d'aucune sorte.

Cet homme, doué d'ailleurs d'une excellente constitution, n'accusait aucun antécédent héréditaire fâcheux. Il n'était pas alcoolique, mais par sa profession (il était marchand de bestiaux) il était exposé à une alimentation très irrégulière ; et l'on sait que cette circonstance est éminemment favorable à l'éclosion d'un néoplasme.

Depuis un an environ, il était pris de temps en temps de légères crises de constipation ; ces crises étaient accompagnées de coliques assez violentes. Malgré ces accidents, le malade se soignait très sommairement et il s'inquiétait peu, à vrai dire, de ces accidents.

Onze jours avant la visite de M. Trélat, cet homme, au retour d'une foire, avait eu une de ces attaques de coliques, assez violente du reste et accompagnée cette fois de frissons. Il s'alite alors, se réchauffe et prend quelques lavements et quelques vomitifs à la suite desquels apparaît une diarrhée abondante et douloureuse. Elle dura pendant trois ou quatre jours pleins. Et enfin pendant les deux derniers jours, le malade est pris de vomissements jaune foncé et ayant une odeur franchement fécaloïde.

M. Trélat voit alors le malade. Il le trouve anxieux, inquiet, mais cependant pas trop déprimé. Il souffre à peine et il répond nettement à toutes les questions qui lui sont posées.

Le ventre modérément ballonné est encore dépressible et explorable sans que le malade éprouve beaucoup de douleur. Il ne présente de plus aucune forme spéciale. Au reste M. le professeur Trélat prétend n'avoir jamais rencontré les formes (en coussin, en bateau) décrites par les auteurs. Il est sonore à la percussion dans toute son étendue : et la sonorité est surtout appréciable au niveau du cœcum, du colon ascendant, du colon transverse ; elle diminue sur le colon descendant pour aboutir dans la fosse iliaque gauche à une submatité manifestement accompagnée de rénitence ; on éprouve à ce niveau une sensation d'empâtement.

Le pouls bat 120 à 130 pulsations, tandis que la peau peu chaude présente la température normale. Le contraste entre ces deux états doit faire diagnostiquer certainement un début de péritonite.

Si l'on procède alors au toucher rectal, on trouve le rectum absolument vide. Mais en poussant profondément et fortement le doigt il semble qu'une tumeur anormale se révèle au toucher. Un des médecins consultants est invité par M. Trélat à toucher après lui, et son doigt éprouve aussi la même sensation d'une tumeur.

On porte alors le *diagnostic* de néoplasme de l'S iliaque ayant

Digitized by Google

déterminé une occlusion intestinale compliquée déjà d'un début de péritonite.

Les différents *traitements* médicaux, à l'exception cependant de l'électricité, ayant déjà tous été mis en usage, l'intervention chirurgicale immédiate est décidée. Et dans le cas particulier M. Trélat donne la préférence à *l'anus iliaque*

L'anus lombaire est ici écarté. En effet, en supposant que la plaie lombaire eût conduit le chirurgien en plein tissu néoplastique, ou même si elle l'eût conduit au dessous de la tumeur, cette intervention chirurgicale ne pouvait en aucune façon profiter au malade. La plaie iliaque et l'incision du péritoine ouvraient une voie bien plus sûre.

On tomba sur le colon descendant. Bien qu'il fût injecté, arborisé, il fut facilement reconnu grâce à sa bandelette musculaire longitudinale.

Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans ces cas-là, le gros intestin n'avait aucune tendance à sortir de la plaie; il ne paraissait pas trop mobile. Cette fixité put être facilement interprétée. D'abord on ne se trouvait pas loin de la région où le gros intestin se trouve normalement fixé, tout en haut, contre la paroi abdominale. Ensuite, par le toucher, on constatait l'existence d'une noix. Cette grosseur bosselée avait son siège bien manifeste sur l'S iliaque. C'était bien là la tumeur que l'on constatait avant l'opération par le toucher rectal.

L'intestin fut fixé à la paroi abdominale. L'incision qui y fut pratiquée donna lieu à l'issue de plusieurs litres d'une matière liquide, de couleur jaune ocre, et tout à fait analogue à celle dont se composaient les vomissements rendus par le malade.—*Praticien.*

Lympho-sarcome du cou.—Clinique de M. CAMPENON à l'Hotel-Dieu.—Le malade couché au numéro 8 de la salle des hommes se présente avec une tumeur de la région sous-maxillaire gauche, à l'angle de la mâchoire Il ne souffre pas, mais il s'inquiète, car à droite il sent deux petites tumeurs naissantes.

Le malade ayant la tête renversée en arrière, on voit saillir une tumeur; la peau n'est pas rouge, n'est pas vascularisée. Elle siège au-dessous de la parotide; elle n'est ni dans la peau ni dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est une tumeur de la région cervicale proprement dite.

Au point de vue opératoire, demandons-nous quels sont ses rapports avec le sterno-clé do-mastoïdien. Si la tumeur est au dessous de lui, l'opération sera hérissée de dangers, tandis qu'elle sera facile si elle est au-dessus. En faisant contracter le muscle, si elle est plus profonde que lui elle s'effacera, elle fera saillie au contraire si elle est en dehors. Dans le cas qui nous occupe, la tumeur est malheureusement au-dessous du sterno-mastoïdien.

Elle est incomplètement mobile; elle est légèrement ovalaire

Digitized by Google

et déborde les deux côtés du muscle. Elle présente trois ou quatre bosselures séparées par des sillons très nets. De consistance absolument dure, on ne trouve chez elle ni rénitence, ni fluctuation.

Quelle en est la nature? C'est évidemment une tumeur ganglionnaire. Ce n'est pas une adénite cancéreuse; l'adénite cancéreuse, en effet, est toujours secondaire et le malade n'a pas de cancer buccal ou pharyngien. Ce ne peut être alors qu'une adénite tuberculeuse ou un lympho-sarcome.

Le malade a quarante-huit ans; l'évolution a été assez rapide, elle a débuté il y a onze mois. La santé générale est bonne, le malade est vigoureux. Il ne présente aucune cicatrice sur le corps. Il n'a rien aux testicules ni aux épididymes; il tousse quelquefois, mais il ne présente aucuns signes thoraciques. De plus la considération des signes physiques fait plutôt incliner vers le sarcome.

Y a-t-il à opérer? La question est très discutée. Cependant, dans le cas présent, la tumeur est petite, il y a peu d'extension, et si l'on considère le sort qui attend le malade, compression du larynx, etc., on l'opérera. Mais c'est une opération laborieuse, étant donnés les rapports de la tumeur avec les vaisseaux profonds.—*Praticien.*

Adiposité des seins.—*Kisch.*

Tout d'abord, il faut enduire les seins avec une pommade à l'iodoforme, dont voici la formule :

P.—Iodoforme pur désodorisé..... 1 partie
Vaseline pure..... .....15 parties
Essence de menthe poivrée.....11 gouttes

M.—Les seins sont ensuite enveloppés dans des linges chauds imbibés de la solution suvante :

P.—Alun..... .... 1 partie
Acétate de plomb..... 5 parties
Eau distillée..... .....100 "

M.—Par dessus les linges on applique un papier imperméable et on laisse le tout en place pendant douze heures. Les onctions et les enveloppements sont réjutés matin et soir. Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines. En même temps, il est recommandé aux femmes de se frictionner la poitrine avec un alcoolat aromatisé, pour raffermir la peau et empêcher qu'elle ne prenne un aspect flétri. Enfin, elles devront porter un bandage qui relève fortement les seins.—*Revue de thérapeutique méd.-chirurg.*

Digitized by Google

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

Des corps étrangers du vagin, par le Dr. J. Rouvier.—Le Dr. J. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie), vient de donner dans l'excellente *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*, publiée en français, un travail d'ensemble sur les corps étrangers trouvés dans le vagin.

La reproduction de cet article nous paraît d'autant plus utile, que la plupart des traités de gynécologie, même les plus justement estimés, ont cru devoir passer sous silence ou à peu près ce point si intéressant de pathologie chirurgicale.

***

De tous les canaux en rapport avec l'extérieur existant dans notre économie, le vagin est, sans contredit, celui dans lequel on rencontre le plus fréquemment des corps étrangers. Il est aisé de découvrir les raisons de cette singularité. La situation particulière du vagin, ses dimensions considérables, ses rapports intimes avec les organes de la reproduction, semblaient le désigner plus spécialement commode pour les objets les plus variés.

Le diagnostic de ces corps étrangers n'est pas toujours facile à établir. Par leur seule présence, ils déterminent parfois de graves accidents. Dans l'un et l'autre cas, ils peuvent embarrasser les praticiens les plus habiles.

Il est curieux de dresser la liste de tous les corps étrangers du vagin. Poulet les range d'après leur fréquence dans l'ordre suivant : pessaires, bobines, étuis à aiguilles, bouteilles, cols de bouteille, verres à bière, verres à boire, éponges, aiguille à filer en ivoire, pots de pommade, compas, gobelets d'étain, sangsues, manches de pinceau, fragments de seringue en verre, aiguilles diverses, épingles à cheveux, œufs de poule, instruments de chirurgie divers, etc. Nous ajouterons à cette liste déjà si longue et si variée, un fruit que l'on n'avait point eu jusqu'ici l'occasion de récolter en pareil endroit : un citron !

Au premier abord, il paraît étrange de proposer une classification de tous ces objets. Cependant on y arrive logiquement, en recherchant les motifs de leur introduction. On peut même déduire des conclusions pratiques de cette vue d'ensemble, et par la seule nature du corps étranger, soupçonner ou reconnaître avec précision, dans quel but il a été introduit dans les voies génitales.

1° Corps introduit par une main étrangère dans un but criminel. Dupuytren observa une jeune fille dans le vagin de laquelle, après l'avoir violée, des soldats avaient enfoui un pot de deux pouces de diamètre.

Digitized by Google

2° Corps introduit par la femme elle-même dans un but coupable, soit pour provoquer l'avortement, soit pour assouvir des passions effrénées.

Pour favoriser l'expulsion d'un fœtus avant terme, les femmes se servent généralement d'épingles à cheveux. A l'aide d'un miroir, elles cherchent à les enfoncer dans l'utérus. Parfois l'épingle leur échappe, et vient se loger dans les anfractuosités du conduit vaginal. Les docteurs Bœr, Wharton Sinkler, Montgomery, etc., ont cité des observations de ce genre.

Innombrables sont les catégories d'objets introduits dans un but lascif. C'est ici que se trouve la plus grande variété, depuis la tabatière (Serre), jusqu'au pot de pommade (Schrœder), en passant par les bocks à bière et les fioles à médicaments. Les plus communs, rencontrés surtout chez les jeunes filles vivant dans un célibat obligatoire, sont des objets usuels, ceux dont elles se servent le plus communément dans leurs occupations journalières : bobines de fil, étuis à aiguilles, aiguilles à tricoter la laine, etc.

3° Corps introduits par la femme elle-même ou par le médecin, avec le consentement des malades, dans un but thérapeutique. Parmi ces corps, les uns ont été introduits pour séjourner pendant un temps indéterminé, les autres y ont été oubliés à la suite d'opérations chirurgicales.

Carter et Daly rapportent un cas dans lequel une jeune fille de 17 ans avait pendant quatre ans, conservé dans le vagin un dévidoir. Elle l'y avait placé pour arrêter l'écoulement du sang, lors de l'instauration des règles.

La plupart des corps introduits dans un but thérapeutique appartiennent à la classe des pessaires. Quelques-uns ont été inventés par l'esprit fécond des femmes qui se les ont appliqués elles-mêmes. Telles sont certaines branches de menu bois liées en forme de fagot, des pelotes de linge, des œufs, des éponges, des fruits (notre citron), etc., la majorité sortent des ateliers des fabricants spéciaux. Les uns et les autres doivent remédier à des déplacements et prolapsus du vagin et des organes immédiatement en rapport avec lui.

Les corps oubliés à la suite d'opérations chirurgicales sont des fragments de spéculum en verre ou en porcelaine à la suite de pansements utérins, des débris de seringue en verre à la suite d'irrigations locales, des fils d'argent laissés après l'ablation de points de suture dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, des serres fines, des pinces à pression continue après l'hystérectomie vaginale, des éponges, des sangsues, etc.

Une fois introduits dans le vagin, les corps étrangers subissent des transformations et déterminent des phénomènes locaux en rapport avec leur nature, leur forme, leur volume, etc.

Les uns sont bien tolérés et passent le plus souvent inaperçus ; ils permettent les rapports sexuels et l'accomplissement des

Digitized by Google

fonctions normales. Ceux-là ont en général un volume assez limité, des formes arrondies et dénués de toute aspérité, ils ne sauraient éveiller aucune réaction inflammatoire du côté de la muqueuse vaginale; de ce nombre sont les pessaires. Il faut remarquer ici que, chez les femmes, il en est des vagins comme des caractères: les uns sont tolérants et assez apathiques, supportent sans protester toutes les tâches qu'on leur impose, les autres sont très irritables et incapables de rien endurer. Quand le corps étranger est bien supporté, il peut s'éjourner indéfiniment dans le vagin, sans jamais provoquer d'accident chez la patiente.

Notre collègue à la Société nationale de médecine de Paris, le docteur de Beauvais, a rappelé, dans la séance du 22 mars 1884, quelques faits remarquables à ce sujet.

Rougon a publié l'observation d'une dame, qui, pendant vingt ans, a gardé un pessaire en porcelaine que, sur la demande d'une sage-femme, un bandagiste y avait placé pour un prolapsus utérin, sans autre conséquence ultérieure que l'effacement presque complet du col de l'utérus et du cul de sac utéro vaginal.

Boinet cite le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis qui vit sortir spontanément un pessaire en argent, dont elle avait perdu le souvenir et qui avait été placé par Richerand vingt-cinq ans auparavant.

Laissus a rapporté deux observations de pessaires tout à fait primitifs, faits avec de gros bouchons de liège, dont l'un recouvert de cire jaune, avait été gardé impunément pendant trente-six ans. Les règles avaient continué à être normales, mais il n'y avait plus eu de grossesse. Observons en passant à ce propos que les pessaires de Sims, de Dumontpallier, de Hodge et de Smith, ne sont pas ordinairement un obstacle absolu à la conception.

La tolérance du corps étranger par le vagin est parfois relative. Il suscite alors à la longue des troubles variables, susceptibles de devenir par la suite plus ou moins graves.

Dans notre observation, l'utérus en a été le siège. Il y a un mois environ se présentait à notre clinique la nommée Marg. Hol., syrienne catholique, âgée de quarante-cinq ans. Réglée à 16 ans, mariée à vingt-cinq ans, elle avait eu cinq couches normales. Cette malade accusait des symptômes de métrite, accompagnés de troubles dans la miction. Le toucher vaginal nous fit constater dans le vagin la présence d'un corps étranger, que nous ne pûmes extraire qu'à grand'peine par une véritable application du forceps, à l'aide de tenettes pour calcul vésical. C'était un citron de grosseur moyenne. Il avait été placé par la malade, depuis plus de six mois, pour obvier à un prolapsus utérin. L'examen du spéculum nous permit de constater l'existence d'un peu de vaginite et d'une métrite granuleuse du col. Actuellement, grâce à un traitement rationnel, ces accidents ont à peu près entièrement disparu. — (*A suivre.*)

Digitized by Google

PÆDIATRIE.

Du rhumatisme cervical chez l'enfant.—Clinique de M. le professeur GRANCHER, à l'hôpital des Enfants-Malades.—A l'inverse de ce qui existe chez l'adulte, le rhumatisme cervical est fréquent chez l'enfant; nous en avons eu récemment dans nos salles un bel exemple qui me servira de prototype pour cette leçon : il s'agit de la petite Jeanne D..., de 12 ans, couchée au n° 22 de la salle Sainte-Geneviève.

Nous ne relevons rien d'important dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que son père est mort, il y a quatre ans, *des suites d'un rhumatisme articulaire aigu.*

L'affection qui amène la petite malade à l'hôpital a débuté, il y a trois semaines, par la toux, de la fièvre et une vive douleur au niveau de la nuque. Un médecin appelé pense avoir affaire à un mal sous-occipital, prescrit de l'huile de foie de morue et porte un pronostic très sérieux.

Fort inquiète, la mère vient nous consulter et la fillette est admise dans notre service le 4 avril 1887.

L'enfant est superbe, bien venue, vigoureusement musclée. Nous remarquons tout d'abord *l'attitude assez singulière de sa tête.* Celle-ci, en effet, est *inclinée en bloc sur l'épaule gauche*, sans qu'il y ait rotation du menton vers le côté opposé, comme cela se voit dans le torticolis du sterno-mastoïdien. L'épaule gauche est abaissée; l'épaule droite, au contraire, élevée. *Tout mouvement de la tête est impossible*, à cause des très vives douleurs qu'il provoque.

En explorant avec soin la région cervicale, nous constatons qu'il existe à la pression *une douleur* extrêmement vive *au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, de la troisième à la septième.* La douleur existe aussi, très accusée, sur les parties latérales, lorsque la pression s'exerce *sur les apophyses transverses de la colonne cervicale.* Au contraire, la pression au niveau des muscles est indolore, qu'il s'agisse du sterno-mastoïdien, du trapèze ou des muscles latéraux. Toutefois, il existe un certain degré de contracture des muscles du côté gauche, mais cette contracture n'est qu'apparente. Il suffit, en effet, de placer la petite malade dans le décubitus dorso-horizontal (la tête et le cou étant bien appuyés et immobilisés) pour voir immédiatement les muscles se relâcher. Mais dès le moindre mouvement, dès la moindre douleur, dès surtout que la malade en se relevant passe de la position horizontale à la position assise, la contracture reparaît.

L'examen détaillé des autres articulations nous permet de constater en même temps que la première articulation phalangienne du médius droit est tuméfiée et douloureuse à la pression : de

Digitized by Google

même aussi l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, de l'annulaire et la troisième articulation phalangienne de l'index du côté droit, sont douloureuses, un peu gonflées.

Les articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'index de la main gauche sont également touchées. Rien aux autres jointures, si ce n'est un peu de douleur au niveau du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

L'examen du tube digestif, celui de l'appareil respiratoire ne donnent que des résultats satisfaisants. En revanche, en examinant *le cœur*, on trouve, par la palpation, un peu au-dessus de la pointe, qui bat dans le quatrième espace, *un léger frémissement cataire*, et l'auscultation révèle l'existence, à la pointe, *d'un souffle systolique très intense* se propageant vers l'aisselle et dans le dos. Le pouls est régulier ; la température, prise dans le rectum, atteint 38,8.

Après cet examen, nous n'avons pas cru devoir porter, comme notre confrère, le diagnostic de mal sous-occipital et nous avons conclu qu'il s'agissait là *d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, à détermination principale du côté de la colonne cervicale*, lequel, malgré son peu d'intensité et le petit nombre d'articulations envahies, s'était compliqué *d'une endocardite mitrale*.

De ce diagnostic si différent découlaient naturellement un pronostic différent et une thérapeutique tout autre. Nous administrâmes aussitôt à notre petite malade 4 *gr. de salicylate de soude*. La dose peut vous paraître, de prime abord, un peu forte ; mais il faut que vous sachiez que les enfants, ainsi que l'a démontré Archambault, ont le privilège de supporter merveilleusement ce médicament.

Les bons effets de notre thérapeutique ne se firent pas attendre et au bout de 36 h. l'amélioration était considérable : le 9 avril toute douleur articulaire avait disparu, comme aussi tout gonflement ; la malade pouvait remuer librement la tête dans tous les sens, la pression n'était plus douloureuse au niveau des apophyses épineuses, non plus que sur les parties latérales du cou. Il en était de même pour les doigts.

Le 10, l'enfant ayant jeté en cachette sa potion au salicylate, les douleurs articulaires réapparaissent le lendemain, aux mêmes points qu'elles occupaient précédemment.

Vous trouvez là, messieurs, par suite de l'indocilité de notre petite malade, la preuve de ce fait que si dans le traitement des rhumatismes (alors même que tout phénomène morbide a disparu), on supprime brusquement le salicylate de soude, les arthropathies réapparaissent.

Nous surveillons l'administration du médicament et quatre jours après, c'est-à-dire le 15 avril, il n'existe plus la moindre douleur, plus le moindre gonflement, plus la moindre gêne dans les mouvements articulaires.

Digitized by Google

Nous diminuons progressivement de 50 centigrammes par jour la dose de salicylate : l'enfant cesse d'en prendre le 24 avril, et le 21 mai elle est envoyée en convalescence, complètement guérie quant aux manifestations articulaires. Malheureusement, elle garde son souffle mitral toujours aussi intense et cela malgré de nombreux vésicatoires appliqués sur la région précordiale.

Toutefois, nous devons être moins inquets au sujet de cette complication cardiaque que s'il s'agissait d'un adulte, car, ainsi que je vous le dis souvent, les cardiopathies mitrales de l'enfant se modifient parfois de la manière la plus heureuse sous l'influence de la croissance et d'une thérapeutique bien entendue.

Le plus souvent, messieurs, le rhumatisme articulaire cervical provoque de la part des muscles un état de contracture qui constitue ce que Gubler appelait *torticolis de protection*, et, naturellement, l'inclinaison de la tête varie suivant les muscles contracturés. S'agit-il du sterno-mastoïdien ? vous aurez l'attitude classique en flexion et rotation sur le côté opposé. Chez notre petite malade nous avions une inclinaison en masse sur le côté gauche ; d'autres fois, au contraire, ce sont les muscles de la nuque qui sont contracturés, et la tête est en extension.

Tel était le cas dans une observation inédite que M. Chauffard a eu la gracieuseté de me communiquer et dont voici le résumé.

Il s'agissait d'un petit garçon de cinq ans, assez chétif, indemne jusqu'alors de toute atteinte rhumatismale, *qui fut pris brusquement de fièvre vive avec douleurs sous-occipitales et cervicales.* Ces douleurs étaient très intenses, spontanées ; le moindre mouvement ou la pression des apophyses épineuses les exagéraient. La tête était complètement immobilisée *en extension*, avec contracture des muscles de la nuque, absolument comme dans un mal de Pott sous-occipital Ni vomissements, ni céphalées, rien qui permît de penser à une méningite rachidienne. Le diagnostic resta tout d'abord incertain et ne s'éclaira que 24 heures après, quand les grandes articulations des membres furent prises à leur tour. Le salicylate de soude eut alors raison du tout et la guérison se fit sans encombre.

A côté de ces cas où le malade conserve toujours la même attitude vicieuse, il en est d'autres où cette attitude est *variable* ; à un moment donné, la tête de l'enfant se trouve inclinée à gauche, le lendemain elle est inclinée à droite ou immobilisée en extension. C'est un torticolis variable qui se produit dans tel ou tel département musculaire, suivant que la première douleur articulaire surprend la tête dans telle ou telle position. M. Cadet de Gassicourt a décrit avec soin cette forme assez singulière de rhumatisme cervical que je tiens à vous signaler en passant.

Jusqu'ici, messieurs, que l'attitude vicieuse soit fixe ou qu'elle soit variable, le muscle n'intervient que secondairement ; il ne joue qu'un rôle de protection vis-à-vis des articulations malades ;

Digitized by Google

il n'est pas touché par le rhumatisme, et l'examen attentif de la région permet de s'en assurer.

Inversement il est des cas *où c'est le muscle qui fait tous les frais de la maladie les articulations restant indemnes.* En voici un exemple que j'emprunte à la thèse de Deseille. (De la médication salicylée dans le rhumatisme chez les enfants. Paris, 1879).

B... (Auguste), âgé de 12 ans, entre à l'hôpital des Enfants (salle St Louis, nº 23), le 4 février 1879.

Sa mère est rhumatisante.

L'enfant a été pris de torticolis, la veille, après avoir couché à l'humidité.

Il présente tous les signes du torticolis classique. Le sterno-mastoïdien droit est tendu, contracté, la tête est inclinée du côté malade; la face est tournée du côté opposé. Rien autre chose, si ce n'est de l'embarras gastrique.

Traitement: 6 grammes de salicylate de soude. Au bout de 36 h., amélioration très grande ; trois jours après, guérison complète. Le 10 février, *exeat.*

Mais le rhumatisme cervical peut être encore plus atténué. ne pas produire d'attitude vicieuse et se révéler *uniquement par la douleur du muscle* et un peu de raideur du cou. Vous avez pu vérifier ce fait par vous-même en examinant ces jours ci la petite Henriette P..., qui est couchée au nº 10 de notre salle Sainte-Geneviève et dont voici l'histoire:

Elle a cinq ans et elle est très grande et très robuste pour son âge : ses antécédents héréditaires comme ses antécédents personnels sont bons. Le 26 mai, en revenant de l'école, elle s'asseoit sous la porte cochère de la maison qu'elle habite et s'y endort en plein courant d'air. Le soir même elle est prise de céphalalgie, de fièvre et de douleurs erratiques; trois jours après se montre sur ses jambes et ses bras une éruption de plaques rouges qui décide les parents à amener la fillette à l'hôpital.

Cette éruption n'est autre chose que de l'érythème noueux qui se présente sur les jambes de notre petite malade sous forme de plaques d'un rouge vineux, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, faisant saillie au-dessus de la peau environnante et donnant au doigt la sensation de nodosités dermiques. Il en existe une quinzaine sur la jambe droite et sept ou huit sur la gauche.

Ces plaques, douloureuses au toucher, ne sont pas également dures et saillantes ; sur certains points elle n'existent qu'à l'état de simple érythème.

Les plaques qu'on observe sur les membres supérieurs sont moins saillantes, moins indurées et aussi moins douloureuses que celles des jambes.

Il n'existe aucune arthropathie du côté des membres, mais au niveau de la région cervicale nous constatons l'existence d'une très vive douleur au toucher.

Digitized by Google

Un examen, conduit avec patience et méthode, nous permet de reconnaître que cette douleur est uniquement musculaire et qu'elle est localisée aux trapèzes et aux muscles de la partie latérale du cou. En effet, la peau de la région ne présente pas d'hyperesthésie, la pression au niveau des apophyses épineuses de la colonne cervicale est indolore; en revanche, si l'on arrive à presser ou à prendre entre les doigts la partie charnue du trapèze, par exemple, l'enfant pousse des cris et se met à pleurer.

Notre petite malade peut, de plus, exécuter avec sa colonne cervicale tous les mouvements voulus, à la condition d'y procéder avec beaucoup de lenteur. Pour peu que le mouvement soit rapide la douleur apparaît, l'enfant pleure et cesse le mouvement.

Remarquez, je vous prie, que l'enfant n'a aucune attitude vicieuse, aucun torticolis, mais seulement un peu de raideur du cou. Il s'agit donc bien ici d'un cas de *rhumatisme musculaire cervical sans torticolis.*

Notre fillette, heureusement, ne présente aucune complication cardiaque, rien du côté des poumons, ni de l'appareil urinaire. Elle a seulement un peu d'embarras gastrique et une fièvre assez intense (39,6 le jour de son entrée, 38 le lendemain matin).

Jusqu'ici, nous avons vu le rhumatisme toucher isolément soit les articulations, soit les muscles de la région cervicale; mais il peut se faire qu'il les frappe *simultanément*; c'est même, je dois le dire, ce qu'on observe dans la majorité des cas.—(*A suivre.*)

Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par M. E. Smith.—Les causes de cet accident sont, d'après l'auteur, l'absence de sucre dans le lait, l'usage des farineux, ou celui de substances alimentaires dont les résidus sont abondants et encombrent la cavité intestinale. Enfin, M. Smith attribue un grand rôle à la quantité insuffisante de boissons.

De là les prescriptions suivantes. En administrant quotidiennement à l'enfant trois à quatre cuillerées de sirop de sucre on peut vaincre la première de ces variétés de constipation. Quand les urines sont concentrées, il y a lieu de prescrire quelques cuillerées d'une eau minérale alcaline. Après l'âge de dix mois, on peut éviter l'encombrement fécal de l'intestin par l'administration quotidienne d'une petite quantité de bouillon ou bien d'asperges et de choux-fleurs bouillis. Enfin, comme moyens mécaniques, l'observateur anglais recommande les frictions sur l'abdomen pour réaliser une sorte de massage.

Comme évacuants, il prescrit les lavements à la glycérine ou les suppositoires gommeux, et, pour régulariser la défécation, l'usage d'une infusion de séné et de colombo, ou bien de quelques gouttes d'une mixture à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de belladone, ou bien de teinture de belladone et d'extrait de cascara, ou bien encore de quelques grains de soufre en poudre.—*British Medical Journal.*

Digitized by Google

MALADIES MENTALES.

Hallucinations. — Clinique de M. Ballet à l'hôpital Necker.—Le malade couché au numéro 10 de la salle des hommes est un individu qui a été déjà atteint d'hallucinations et qui maintenant présentent chez lui un caractère tout particulier.

Mais, avant de parler du malade, il est nécessaire, pour guider l'examen, d'entrer dans certaines considérations théoriques.

Lorsque nous percevons une impression, elle entre par les sens naturels, ouïe, vue, odorat, goût. Quand elle a pénétré jusqu'au cerveau, l'impression est reçue, et ensuite elle s'y fixe sous forme de souvenir. Ces impressions, nous pouvons les faire revivre en produisant une image. Par exemple, j'ai vu Notre-Dame, elle a produit une certaine impression sur ma rétine, laquelle impression s'est emmagasinée dans mon cerveau. Actuellement, quand je veux revoir Notre Dame, j'en évoque le souvenir, je forme une image. Des images, nous en avons du côté de tous les sens. Nous avons des images visuelles, des images auditives, des images olfactives et des images gustatives. On peut y joindre des images tactiles.

Les images sont plus ou moins vives, suivant qu'elles appartiennent à tel ou tel sens.

Les impressions gustatives et olfactives sont moins vives que les impressions visuelles et auditives. Il est très difficile de ressusciter une image de l'impression gustative.

Bien que par tous les sens nous percevions des impressions, que nous en ayons des souvenirs, toutes ces images ne sont pas également vives.

La vivacité des images varie suivant les individus. Aussi la psychologie intuitive ne vaut rien. Et les débats qui s'élèvent entre les psychologues s'expliquent facilement. Chacun a décrit son propre individu, c'est-à-dire un cas particulier, et de là a voulu généraliser.

Tous les individus ne sont pas les mêmes au point de vue des images. En effet, les peintres de valeur arrivent, par l'étude et certainement aussi par une prédisposition héréditaire, à évoquer facilement les impressions visuelles. Nous ne pouvons nous représenter les objets avec autant de netteté qu'eux. Ils projettent par la pensée sur le papier ou sur la toile l'image de l'objet. Quelques-uns disent que pour eux c'est un véritable calque, tellement l'impression visuelle est violente.

Pour les musiciens, ce sont les images auditives qui prennent une intensité toute particulière.

Digitized by Google

Il y a certainement aussi des gens qui perçoivent fortement les impressions gustatives et olfactives et qui en évoquent fortement le souvenir. Mais de même que ces individus sont rares, ces gens-là ont moins d'importance.

Donc, nous pouvons évoquer des images ; elles sont plus ou moins vives, très intenses chez quelques-uns.

Dans l'impression produite, il y a un facteur important, c'est l'*attention*. Si on regarde un objet superficiellement, son image se fixe mal. Les gens les mieux organisés sont ceux qui ont cette faculté d'attention. Et il est un fait digne de remarque c'est que les gens qui arrivent à une autre situation sont, en général, des observateurs attentifs. Considérons encore un groupe de personnes ayant fait ensemble le même voyage, demandons-leur le récit de ce qu'elles ont vu, et nous apprécierons vite les qualités d'observation de chacune.

Les circonstances qui peuvent modifier l'intensité des images sont nombreuses. La pathologie, d'abord, se charge de modifier en plus ou en moins la faculté d'évoquer des images.

Le malade qui nous occupe évoque les images visuelles, auditives, etc., avec une intensité remarquable, sauf peut-être à un moindre degré les images olfactives.

Il évoque facilement les images visuelles de *forme*. On lui demande de se représenter par la pensée le Panthéon, par exemple. C'est alors avec une grande netteté qu'il décrit la façade, les colonnes, etc. Il semble absolument qu'il le voit. Les images visuelles de *couleur*, il se les représente aussi facilement. A ce propos, il faut bien faire une distinction entre les images visuelles de couleur. Considérons les tableaux d'Ingres et ceux de Delacroix et nous nous rendrons facilement compte qu'ils ne pouvaient avoir la même constitution psychologique. A voir l'étrangeté de la peinture de Manet, on sent qu'il était foncièrement incapable d'évoquer l'image des formes.

Notre homme se forme aussi facilement des images *olfactives* et *gustatives*.

S'il lit haut, il entend derrière son oreille, dit-il, une voix avant qu'il prononce les mots. S'il lit bas, la voix parle bas. Lui fait-on penser une phrase, " je suis souffrant," par exemple, il entend la phrase avec une intensité telle qu'il l'entend comme une voix en dehors au lieu de l'entendre en dedans, c'est une perception nette d'une voix intérieure.

Quand nous écrivons, notre pensée précède la main et nous nous disons mentalement le mot que nous allons écrire. Lui, il écrit comme si une voix en dehors lui dictait, ayant la netteté d'une voix parlant assez bas, placée, dit-il, derrière la tête, monotone, sans inflexions ; c'est une voix quelconque ayant peut-être de l'analogie avec celle de son oncle (on verra plus loin pourquoi).

Ainsi donc, chez lui, les images sensorielles prennent une intensité extraordinaire.

Digitized by Google

Notre mémoire ne se compose pas seulement de souvenirs que nous cherchons à rappeler. Nous possédons une série de souvenirs à l'état latent que nous n'avons pas eu l'occasion d'évoquer. Il faut une circonstance particulière, pathologique, pour ressusciter ces souvenirs de faits nombreux dont nous avons été témoins qui se sont fixés malgré tout dans notre cerveau.

Ainsi, notre malade se rappelle un tas de faits de son enfance, de sa jeunesse, faits qu'il avait complètement oubliés depuis longtemps. Il se rappelle, par exemple, parfaitement des noms de ses camarades de régiment, des noms surtout prononcés une seule fois devant lui.

Quand donc nous disons que quelque chose nous entre par une oreille et sort par l'autre, c'est inexact. Par suite de circonstances pathologiques les souvenirs les plus fugaces réapparaissent.

L'état de notre malade trouve son analogue dans un état qu'on peut provoquer artificiellement, le somnambulisme.

Sur une hystérique on peut déterminer trois états : 1o la catalepsie ; 2o la léthargie ; 3o le somnambulisme. Ce dernier état ravive avec intensité tous les souvenirs, il y a hypermnésie. Les somnambules sont identiques à ce malade, à cela près qu'elles dorment et croient ce qu'elles font et disent, tandis que notre homme est éveillé.

Il y a une dizaine d'années, on commençait à la Salpêtrière à étudier l'hypnotisme. M. Charcot étudiait surtout les gros faits et systématiquement ne s'attachait qu'à eux. Un jour, pendant qu'on montrait une somnambule à une réunion de médecins, l'un d'eux dit qu'il serait curieux de savoir si, en cet état, il serait possible de faire deviner à la femme endormie le nom des personnes présentes. Il insiste, et enfin on demande à la femme endormie le nom d'un des assistants. Elle nomma M. Parrot. L'étonnement est alors général. On réveille la malade et elle ne reconnaît plus celui qu'elle vient de nommer. Dans le cas particulier, c'était un fait d'hypermnésie produit sous l'influence du sommeil somnambulique. Cette femme étant tout enfant était allée aux Enfants-Assistés où elle avait vu M. Parrot. Dans la vie ordinaire, elle n'avait pas gardé son souvenir et il avait fallu l'état spécial pathologique du somnambulisme pour raviver ce souvenir.

Notre homme est un somnambule éveillé.

En résumé, nous percevons par les différents sens des impressions ; chacune de ces impressions laisse dans le cerveau une trace qui peut être évoquée à une époque donnée sous forme d'image.

Ce qui caractérise notre malade, c'est cette puissance spéciale de raviver les images. Chez nous, le souvenir de la sensation perçue est inférieure à la sensation réelle ; chez lui, c'est presque la même impression.

Arrêtons-nous un peu sur l'intensité particulière des images

Digitized by Google

qui proviennent de l'ouïe. Les remarques que nous ferons jetteront un peu de lumière sur le langage intérieur.

Quand on considère un objet, on arrive à avoir l'idée de cet objet, grâce aux impressions produites sur nos différents sens. Nous regardons par exemple une montre, nous éprouvons d'abord une impression *visuelle* qui reste dans le cerveau sous forme d'image. Nous entendons son tic-tac ; la montre se traduira donc par la vue et par l'ouïe Cette montre nous la touchons, elle a une certaine forme. Nous emmagasinons ces notions dans notre cerveau, nous avons l'idée de cet objet par une collection de trois sensations.

Nous avons l'idée de l'objet mais nous n'avons pas son nom. Nous allons apprendre à donner un nom, une formule à cette idée de montre. L'enfant entend ce mot montre qui le frappe d'abord indistinctement ; peu à peu le son du mot montre s'imprime, et il en a une image auditive. Plus tard, il se fera dans son cerveau une association d'idées et quand il entendra le mot montre, il pensera à l'objet vu. Bientôt, il apprend à parler lui-même et petit à petit, il peut prononcer correctement le mot montre. A ce moment, nouvelle image *motrice ;* il a le souvenir des mouvements nécessaires pour prononcer le mot montre. On a donc images auditives d'une part, images motrices de l'autre.

Chez les individus qui apprennent à lire et à écrire, de nouvelles images vont se former. Ils regardent le mot montre, il y a image visuelle des lettres qui le composent et ultérieurement, par association d'idées, cette image sera adéquate à l'image auditive ; petit à petit elles deviennent des équivalents. Chaque fois que l'enfant lira montre, ce mot éveillera l'idée de l'objet.

Nous nous trouvons donc en présence de trois sortes d'images, des images *auditives*, des images *visuelles*, des images *motrices verbales*.

Dans le cerveau, ces trois catégories occupent chacune un territoire spécial. L'observation a appris que le point des idées auditives est situé dans la première circonvolution temporale, au-dessus de la scissure de Rolando, celui des idées visuelles dans le lobule du pli courbe, celui des idées verbales dans la troisième circonvolution frontale.

Ainsi le mot est le résultat de trois images, mais quand nous pensons, nous ne faisons pas tous un égal usage de ces trois ordres d'images.

Lorsque nous pensons par exemple, "cette salle est longue," nous avons recours à un des trois ordres d'images. Ou nous entendons la phrase, ou nous la voyons écrite, ou nous la prononçons ou nous évoquons l'image motrice du mot.

Chacun de nous, dans le silence et l'isolement il faut dire, a une certaine façon de penser. Les uns pensent avec le souvenir visuel des mots (ils sont rares), les autres ont l'image auditive

Digitized by Google

du mot entendu ; d'autres pensent avec l'image motrice ; mais jamais nous ne pensons exclusivement avec une seule de ces images.

C'est par ces catégories d'images que se traduit le langage intérieur. Elles sont tantôt vives, peu vives, fort vives. Chez le malade qui nous occupe, l'image se produit avec le type vif. Nous avons vu, en effet, que quand il pense un mot, il l'entend à son oreille comme s'il était prononcé en dehors d'elle ; chez lui, l'image auditive devient une véritable hallucination.

En réalité nous pourrions nous demander si nous nous trouvons en face d'un malade ou simplement d'un individu mieux doué que les autres. Nous pourrions ne pas y voir un cas pathologique si cet individu n'était sur le bord de l'aliénation mentale.

Dans l'histoire pathologique, on retrouve des cas analogues. Vigan rapporte qu'un peintre, exceptionnellement doué—il était arrivé à faire par jour plusieurs portraits d'une ressemblance frappante après avoir vu une seule fois seulement l'original ; je place, disait-il, par la pensée mon sujet sur une chaise et il me semble que je le vois réellement—devint rapidement fou.

Notre malade est sur le point d'entrer dans la folie et il vient d'en sortir. Il y a un certain temps, c'était un véritable halluciné ; il entendait des voix extérieures.

Il avait eu de grands chagrins : sa femme l'avait quitté, et tous les torts n'étaient peut être pas exclusivement du côté de cette dernière. Sur ces entrefaites il commence à avoir des hallucinations ; il entend la voix de son oncle et celle de sa femme qui lui répètent ce qu'il fait, ce qu'il pense, et qui, la nuit, lui font des reproches.

Un soir, il est pris de tremblements nerveux, de bourdonnements d'oreilles, il entend une voix qui lui dit d'aller chez son oncle et il part. Une fois dans la rue, la voix continue de lui parler et lui ordonne d'aller à la Préfecture de police pour se faire enfermer. Il a conscience de son état d'halluciné éveillé, et malgré tout il obéit. La voix lui conseille de se faire écraser, de se jeter à la Seine. Il lutte et résiste.

A ce degré cet homme est un malade incapable de travailler, de se livrer à aucune occupation ; il est atteint d'hallucination obsédante, d'hallucination avec conviction.

Dans quelle catégorie rentre ce malade ?

L'année dernière il avait eu d'abord des bourdonnements d'oreilles, puis un écoulement, et ensuite ses hallucinations.

Certains aliénistes prétendent que, dans ces cas-là, le point de départ est une lésion sensorielle. M. Ballet ne croit pas à cette doctrine, il ne croit pas qu'il suffise d'une lésion sensorielle pour faire un halluciné. Une lésion périphérique peut bien évidemment servir de cause occasionnelle, mais pas chez tout le monde. Et ceux qui prétendent que toutes les hystériques ont les ovaires malades se trompent.

Digitized by Google

Notre malade est un cérébral touché de partout. A première vue, en présence de cette hypermnésie, on peut penser à des troubles d'origine toxique. Il a fait à une époque de grands excès d'alcool. Mais il est vrai de dire qu'il a cessé de boire et que ses hallucinations ont continué. Il dit qu'il fume beaucoup. Malgré tout il est à croire que ce ne sont pas là les seuls agents. On ne peut pas penser actuellement à un persécuté au début. Mais si on l'interroge sur son hérédité, on apprend que dans les mois qui ont terminé la grossesse de sa mère, celle-ci a été atteinte d'une maladie nerveuse grave, ayant duré plusieurs années. Il est donc probable qu'il a été conçu dans de mauvaises conditions ; c'est un prédisposé aux manifestations cérébrales et au délire —*Praticien.*

Le délire d'énormité, faux délire de grandeur, par M. le Dr Cotard.—Les études de pathologie mentale trop négligées dans la pratique courante, ne sauraient, ne fût-ce que pour ce motif, et à part leur importance propre, être assez vulgarisées.

Nous nous y appliquons, on le sait, à l'occasion, de notre mieux.

Voici une de ces occasions, que nous nous empressons de saisir, pour nos lecteurs, celle d'un très intéressant mémoire, présenté à la *Société médico-psychologique*, par le savant aliéniste, M. Cotard.

" S'il est vrai, comme j'ai essayé de l'établir dans une précédente communication, que les idées ambitieuses germent souvent sur un état d'éréthisme psycho-moteur, on est en droit de se demander pourquoi, dans la mélancolie anxieuse où cet éréthisme moteur est évident, le délire prend une forme mélancolique et négative. Il y a là une difficulté que je ne me dissimule nullement, mais qui paraîtra peut-être moins insoluble si nous analysons avec attention l'état mental des anxieux.

Remarquons d'abord que leur éréthisme moteur présente un caractère tout particulier, il est automatique, violent, impulsif et s'accompagne de phénomènes inhibitoires. L'excitation franche des excités maniaques est absolument différente.

Il n'est pas étonnant de trouver un contraste analogue dans les conceptions délirantes.

Dans les deux états, chez les excités maniaques comme chez les anxieux, le malade éprouve le sentiment d'une puissance intérieure, mais chez ces derniers, c'est une puissance malfaisante, infernale et diabolique. Impuissant pour le bien, ils sont tout-puissants pour le mal.

Tantôt, le malade s'attribue à lui-même cette puissance ; tantôt, refusant de s'assimiler les impulsions horribles qui se produisent en lui, et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession diabolique.

Il n'y a qu'une nuance entre les délires de culpabilité et de possession ; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse, les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent

Digitized by Google

tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et comme possédés.

Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux conceptions morbides.

Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'Antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables : s'ils mangent, le monde entier est perdu; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. Sont-ce là des idées de grandeur? Est ce un délire ambitieux que de se croire l'homme le plus infâme qui ait jamais existé et qui existera jamais?

Bien que mélancoliques au fond, ces conceptions se rapprochent par certains côtés de la mégalomanie vraie. Les malades se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques dans le monde, et s'attribuent, pour le mal il est vrai, une sorte de toute-puissance.

Si nous suivons ces malades dans la longue évolution de leur délire, nous voyons apparaître, à une période plus avancée dans la chronicité, des conceptions qui se rapprochent encore davantage du délire ambitieux. Le type de ces conceptions nous est fourni par les idées d'immortalité.

J'ai déjà appelé l'attention de la Société, il y a quelques années, sur les idées d'immortalité des anxieux chroniques, et j'ai essayé de démontrer qu'elles se rattachaient au délire hypochondriaque et aux dispositions négatives qu'on observe ordinairement chez ces malades.

Mais il y a d'autres conceptions morbides qui accompagnent fréquemment les idées d'immortalité et qui me paraissent congénères.

Si on examine avec un peu d'attention les immortels, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église. Quelquefois, le corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et se fusionne avec l'univers. Ces malades, qui n'étaient rien, en arrivent à être tout.

Je répète la question que je posais tout à l'heure : sont-ce là des idées de grandeur? Les analogies avec la mégalomanie vraie se prononcent davantage et il est malaisé de répondre.

Les malades sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique.

C'est là, je crois, ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions

Digitized by Google

gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré le plus excessif. Aussi les délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés ; leur attitude et leur physionomie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes.

Mais il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même l'amour propre finit par trouver son compte. L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité. On aurait presque pu affirmer à *priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisé, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain.

Une malade que j'ai citée dans mon travail sur les négations (obs. V) et qui, en 1882, étant un véritable type de ce délire, en est arrivée aujourd'hui à se croire immense; elle est tout, elle est à la fois Dieu et le diable, toute-puissante pour le mal comme pour le bien, elle est la sainte Vierge, elle est reine du ciel et de la terre, etc. Ce délire se manifeste, surtout par moments comme par accès et alterne avec l'ancien délire mélancolique et de négation. Il arrive même que les deux délires coexistent au même moment et s'associent de la manière la plus incohérente ; tantôt madame X... est précipitée dans le néant, dans les abîmes à plus de mille pieds sous terre, tantôt elle est plus haute que le mont Blanc, elle est elle-même le mont Blanc, elle est le tonnerre, la foudre et les éclairs, tantôt elle n'existe plus, tantôt elle est à la fois dans l'Inde, en Amérique et dans toutes les parties du monde.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

1o A une période plus ou moins avancée du délire anxieux se produit souvent une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc., pseudo-mégalomanie que je propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité*, pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

2o Ce délire d'énormité peut aboutir, dans des cas très chroniques, à de véritables idées de grandeur.

3o L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire des persécutions."—*Tribune médicale.*

Vous appelez en consultation le Dr X..., votre ami et que vous estimez pour un médecin de haut savoir; c'est un voisin qui réclame des honoraires modestes, il ne produit aucun effet. Le malade réclame l'assistance d'un confrère qui vous est inconnu. Celui-ci vient de loin, il parle haut, se fait payer très cher ; il fait merveille.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Phlébite crurale.—*Da Costa.*

P.—Hydrate de chloral..... 1 once
Essence de térébenthine..... 1 "
Liniment de savon..... 7 onces

M.—En frictions, matin et soir ; en même temps, position élevée du membre et léger massage.—*College and Clinical Record.*

Albuminurie de grossesse.—*Dr. C. M. Wilson.*

P.—Acide benzoïque ..... 5 grains
Bicarbonate de potasse ..... 25 "
Esprit de chloroforme..... 5 minimes
Sirop simple..... ½ drachme
Eau distillée q. s. pour faire..... ½ once

M.—A prendre en une seule dose, toutes les deux heures.—*College and Clinical Record.*

Hémorrhagie utérine.

P.—Extrait de chanvre indien..... 7½ grains
Extrait fluide d ergot..... 1 drachme
Extrait fluide d'hamamelis..... } ãã
Teinture de cannelle..... } ½ once

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé trois fois par jour.—*Revue de thérapeutique.*

Bronchite.—*Chéron.*

P.—Terpine .....75 grains
Glycérine..... } ãã
Alcool (95/100) ..... } de 2 à 2½ onces
Sirop ..... }
Vanilline..... ¼ grains

M.—*Dose :* Deux cuillerées à soupe par jour.—*Monde pharmaceutique.*

Hypertrophie du cœur.—*Da Costa.*

P.—Teinture d'aconit ..... 1 goutte
Teinture de veratre vert..... 3 gouttes
Sirop de gingembre..... 7 "

M.—A prendre en une seule dose, 3 fois par jour. Diète lactée, poissons, légumes. Ni café, ni tabac.—*College and Clinical Record.*

Digitized by Google

Chancroïdes.—*Gross.*

P.—Tannin ..... 2 grains
Extrait aqueux d'opium ..... 2 "
Sulfate de cuivre ..... ⅓ grain
Eau distillée ..... 1 once

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Alopécie syphilitique.—*Rohé.*

P.—Teinture de cantharides ..... 1½ once
" " capsicum ..... 4 drachmes
Huile de ricin ..... 1½ once
Alcool, q. s. pour faire ..... 8 onces

Maryland Medical Journal.

Urticaire des enfants.—*Deligny.*

P.—Hydrate de chloral ..... } ââ
Poudre de camphre ..... } 4 parties
Gomme arabique ..... }
Onguent simple ..... 30 "

London Medical Record.

Pilule pour remplacer la poudre de Dover.—*Johnson.*

P.—Morphine ..... 2½ grains
Poudre d'opium ..... } ââ
" de digitale ..... } 15 grains
" " scille ..... }
Extrait de jusquiame ..... 22 gouttes

M.—Diviser en 20 pilules.—*Physician and Surgeon.*

Anesthésique.—*Parson.*

P.—Chloroforme ..... 12 parties
Teinture d'aconit ..... 12 "
" de capsicum ..... 4 "
" " pyrèthre ..... 2 "
Huile de girofle ..... 2 "
Camphre ..... 2 "

Dissoudre le camphre dans le chloroforme, ajouter huile de girofle, puis les teintures.—*Southern Dental Journal.*

Anesthésie dentaire.—*Dr. J. N. Levis.*

P.—Muriate de cocaïne ..... 8 grains
Hydrate de chloral ..... 5 "
Acide phénique ..... 3 gouttes
Eau distillée ..... 3 drachmes

M.—*Dose :* De deux à trois gouttes en injection dans la gencive, avant l'avulsion d'une dent.—*American Practitioner.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, FÉVRIER 1889.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celuid'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines nes de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

Les remises sur ordonnances.

Un confrère qui, bien que parvenu à un âge plus que mûr, a cependant encore la bonhomie de croire à la probité parfaite de tous ceux qui l'entourent, nous demandait tout dernièrement s'il existait en réalité des pharmaciens offrant aux médecins une remise quelconque sur chaque ordonnance exécutée en leur officine, et des médecins acceptant de telles offres. Notre réponse a été affirmative.

Nous même avons longtemps douté que cela fut non seulement vrai, mais même simplement possible. L'illusion, il nous faut l'avouer, n'a guère duré, et nous avons bientôt pu nous convaincre que si, d'un côté, il est des pharmaciens qui offrent aux médecins une commission sur les ordonnances, d'un autre côté il est des médecins assez peu soucieux de leur honneur et de leur dignité pour agréer ces offres, voir même pour demander

Digitized by Google

positivement la remise en question quand elle ne leur est pas offerte.

Que ce soient là des exceptions malheureuses, il n'en faut pas douter ; la grande majorité des médecins et des pharmaciens déplorent, comme nous, ce système, et comme nous, verraient d'un bon œil l'adoption, par l'Association Pharmaceutique et par le Bureau Provincial de médecine, de mesures tendant à faire cesser un abus aussi criant. Au fond, le fait de prélever sur le prix des ordonnances une commission de ce genre constitue une injustice véritable envers le client. C'est le client qui, en réalité, paie cette remise, car personne n'aura la naiveté de croire que le pharmacien songera un seul instant à se priver d'une part de son bénéfice au profit du médecin. Or la remise en question est parfois fort élevée. Il en est qui demandent 25 p. 100, et un confrère nous avouait hier encore qu'on lui avait offert jusqu'à 33½ par 100.

Un médecin ayant quelque clientèle peut, de cette façon, s'assurer un revenu assez rondelet, surtout s'il a la précaution, très naturelle d'ailleurs, d'adresser invariablement ses clients au même pharmacien. Cela se fait assez souvent, croyons-nous, mais il y a pis encore. On nous a cité le cas d'un médecin qui, ayant ainsi un pharmacien *attitré*, ne se contente pas d'adresser à celui-ci tous les clients de son voisinage, mais qui, appelé auprès d'un malade résidant à l'autre extrémité de la ville, se fait fort de porter lui-même l'ordonnance chez son pharmacien, lequel à son tour envoie le médicament à domicile. Grâce à ce truc, le médecin assure efficacement sa remise, le pharmacien perçoit le prix de sa marchandise, et le client exploité paie sans dire mot, si ce n'est pour chanter les louanges du praticien qui doit être bien savant pour lui ordonner des médicaments aussi dispendieux.

Enfin, fait qui paraîtra presque incroyable, il est des médecins (fort rares, heureusement,) qui pour être plus sûrs que le client ira fatalement chez *leur* pharmacien, formulent parfois leurs ordonnances de façon à ce que ce pharmacien *seul* puisse les exécuter, et cela, en se servant de signes particuliers ou d'abréviations dont la signification a dû être définie en vertu d'une entente préalable. Vingt grains de poudre de jalap composée, par exemple, se formuleraient ainsi : P. J. C. gr. XX. Mais que le client s'avise de présenter l'ordonnance à un *autre* pharmacien, celui-ci y perd son latin, et n'a d'autre ressource que de répondre : " Mon ami, allez chez *un tel*, là seulement on comprendra ces hiéroglyphes ! "

Notre code de déontologie prévoit-il de semblables abus ? Nous l'ignorons. Ce que nous savons bien, c'est que le code de l'honneur et celui de l'équité le réprouvent absolument et que nous sommes d'accord avec tout ce que le corps médical et pharmaceutique renferment d'honnêtes gens pour demander qu'on mettre fin à ce genre de trafic.

Digitized by Google

Trop fort!

Deux de nos abonnés nous communiquent les lettres suivantes cueillies dans les journaux politiques :

N.....Octobre 1888.

Il me fait plaisir d'annoncer au public la nouvelle de ma guérison, grâce aux bons soins du Dr XX, de...., d'autant plus que mes affaires commerciales en bénéficieront.

Je m'étais fait soigner à Montréal et à Québec, mais sans bons résultats. Il faut toujours donner le mérite à qui de droit.

Signé, A. B. C.

M. le Rédacteur.—Ayant souffert pendant sept longues années, de telle sorte que je me voyais retenue au lit tous les hivers, au milieu d'une famille qui écoutait mes gémissements avec peine, et que ce n'était qu'au milieu de l'été que je pouvais sortir au moyen de béquilles, je pense devoir faire connaître aux personnes qui souffrent du rhumatisme comme j'en ai été guérie. Après être allée aux sources de St-Léon et avoir essayé les traitements de plusieurs médecins, j'ai été conseillée de m'adresser à M. le Dr XXX. A première vue il m'a promis de me guérir, me disant cependant que ça prendrait un peu de temps et qu'il me faudrait donner une attention soignée au traitement. Je suis maintenant heureuse de dire qu'après avoir reçu les soins du Dr XXX pendant un an, je suis complètement guérie et que je me porte aussi bien que jamais. Je ne sens plus de douleurs ni de mal d'aucune sorte.

Je serai heureuse de répondre aux questions que l'on pourrait desirer me faire à ce sujet.

Bien à vous X. Y. Z.

Nous mettons à contribution tout ce que nous pouvons posséder de bonne volonté pour croire que les documents qui précèdent ont été publiés sans la participation et contre la volonté expresse des médecins incriminés, mais nous estimons que ces médecins, se voyant l'objet d'une démonstration de ce genre, auraient pu faire quelque chose pour en dégager leur responsabilité. Il est convenu, sans doute, qu'il est difficile d'empêcher la reconnaissance de certains malades de s'exprimer en termes aussi bruyants qu'indiscrets, mais il est, croyons-nous, du devoir du médecin de protester dans la mesure du possible contre un fait dont la profession médicale le tient toujours plus ou moins responsable. Une simple note dans ce sens, publiée dans un de nos journaux de médecine, sous la signature du médecin compromis, pourrait suffire à sauvegarder la pudeur alarmée de tous ceux qui ont encore à cœur la dignité professionnelle.

A vingt ans, on rêve de la médecine; à trente ans, on commence à en tirer profit, on en vit à quarante-cinq et bien souvent l'on en meurt à soixante.

Digitized by Google

Désinfection des selles des typhiques par l'eau bouillante.

Il résulte des recherches faite par WILCHUR, de St. Pétersbourg, que tous les bacilles, quelque nombreux qu'ils soient, sont invariablement détruits par l'addition d'un volume d'eau bouillante égal à quatre fois celui de la déjection, ce qui rend relativement facile la désinfection des selles des malades atteints de fièvre typhoïde.

La découverte de cet antiseptique aura-t-elle pour effet de généraliser davantage la pratique de la désinfection dans les cas de dothiénentérie? Nous y comptons bien, et certes ce souhait n'est pas superflu, car il est encore des praticiens qui, ne voulant pas croire à toutes ces *histoires de microbes*, se refusent à faire intervenir les antiseptiques dans le traitement des déjections, locaux infectés, linges, literie, etc. D'autres ne pratiquent pas la désinfection en raison de l'odeur désagréable que présentent quelques désinfectants, tels que le chlore et les hypochlorites, ou même, chose difficile à croire, en raison de ce que nous pourrions appeler la *mise en scène* des pratiques de désinfection. Désormais, avec l'eau bouillante comme antiseptique, il ne restera plus d'excuse possible pour justifier une coupable apathie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale des DRS BOUCHUT et DESPRÉS, publié chez l'éditeur Félix Alcan, est bien connu et apprécié du public médical. Quatre éditions successives ont montré que cet ouvrage répondait aux nécessités de la pratique médicale journalière. Aujourd'hui en paraît une *cinquième édition* revisée d'après les changements, les innovations et les découvertes thérapeutiques des trois dernières années. La matière médicale s'encombre et s'enrichit tous les jours de mdicaments nouveaux, souvent livrés à la publicité d'une façon hâtive et prématurée, entre lesquels il y a un jugement à porter et un choix à faire. C'est ce que les auteurs ont fait avec soin et d'après leur expérience. Ils ont inséré, dans cette nouvelle édition, toute la matière médicale récente et les choses thérapeutiques nouvelles, indiquant partout ce qu'il y a en elles de problématique ou ce qu'on y trouve d'utile, afin de faire connaître aux praticiens les substances dont ils peuvent faire usage avec profit et sans danger. De cette façon, ce *Dictionnaire* est mis au courant de la science thérapeutique actuelle, et tous les praticiens peuvent comme par le passé y chercher ce qu'il leur est nécessaire de savoir pour l'exercice de leur art. *Toute la chirurgie et ses progrès*

Digitized by Google

récents, toute la pratique des accouchements, de l'oculistique, de l'odontotechnie, de l'électrisation, s'y trouvent indiquées ; *la médecine* enfin, *résumée en aphorismes*, à l'occasion de chaque maladie, est suivie d'un exposé des indications thérapeutiques, des médicaments anciens et nouveaux avec leurs doses et leurs formules d'emploi, ce qui met dans cet ouvrage tout l'ensemble des connaissances médicales ou chirurgicales nécessaires au médecin. (1 beau volume in-4°, de 1630 pages, avec 950 gravures dans le texte ; broché, 25 fr. FÉLIX ALCAN, éditeur, Paris.)

UFFERMANN.—**Traité pratique de l'Hygiène de l'Enfance,** par le Dr Jules UFFERMANN, à l'usage des étudiants, des médecins, des conseils d'hygiène et des établissements d'instruction publique. Octavo-royal de 800 pages. Traduction par le Dr G. Boehler. 10 figures dans le texte.

G. Steinheil, libraire-éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

LEGENDRE-BARETTE-LEPAGE.—**Traité pratique d'Antisepsie** appliquée à la Thérapeutique et à l'Hygiène (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), 2 vols. in 8 raisin. Prix, 10 francs chaque.

Le premier (460 pages), paru il y a quelques mois, comprend l'Antisepsie médicale, par le Dr LEGENDRE.

Le second (505 pages) que nous venons de recevoir, comprend l'Antisepsie chirurgicale, par le Dr BARETTE, et l'Antisepsie obstétricale, par le Dr LEPAGE.

G. Steinheil, libraire-éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

BAUDRY.—**Fragments d'ophtalmologie pratique,** par le docteur S. BAUDRY, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, etc. Un fascicule de 115 pages, 2e édition. Paris, BERTHIER, éditeur, 104, boulevard Saint-Germain ; Lille, LE BIGOT Frères, éditeurs, 11 et 13, rue de la Gare, 1889.

La deuxième édition des *Fragments d'ophtalmologie pratique* comprend huit chapitres, parmi lesquels plusieurs sont entièrement nouveaux. Voici, dans l'ordre, les titres de ces chapitres :—*Blépharite.—Granulome palpébral.—Conjonctivite purulente des nouveau-nés.—Kérato-conjonctivite granuleuse.—Conjonctivite catarrhale.—Conjonctivite phlycténulaire.—Mode d'exploration des paupières et de la conjonctive.—Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.—Notes supplémentaires.*

Comme on le voit par ce simple énoncé, l'auteur étudie, dans ce travail, les diverses affections oculaires que l'on rencontre communément et qu'il importe par cela même de savoir bien soigner. Il envisage surtout le côté thérapeutique, insistant, avec de nombreux détails, sur le mode de traitement consacré par la pratique moderne,

Digitized by Google

comme ayant donné les meilleurs résultats. Aussi, sans être versé dans les études spéciales de l'oculistique, le praticien lira ces fragments avec le plus grand fruit : c'est pour lui qu'ils ont été particulièrement écrits.

La mère et l'enfant, journal illustré d'hygiène de la première et de la seconde enfance. Redacteur en Chef : Docteur Th. CARADEC.

Semmaire du no. 2.—Février 1889 :

Causerie du Docteur : Le but de ce journal, par le docteur Caradec.—*Médecine maternelle : Les accidents de l'enfance.* par le docteur Gall.—*L'allaitement maternel dans les différents pays*, par L. Ducrocq.—*Hygiène de la seconde enfance et de l'adolescence : l'éducation physique des garçons*, par le docteur Caradec.—*Hygiène maternelle : l'alimentation des femmes enceintes.* par T. C.—*Hygiène infantile : l'hygiène de la peau chez les enfants*, par le docteur G. Lefebvre.—*Roman : La vengeance de Gottfried* par Jeanne Leroy —*Correspondance : Les enfants à Paris.* par Paul Bonnetain.—*Aphorismes sur le sommeil des enfants.*—*L'enfant* (poésie), par Lamartine.—*Memento.*—*Chronique.*

Abonnements : Départements, 6 fr. ; Union postale, un an, 7 fr.

Envoi *franco* d'un numéro spécimen sur demande affranchie.

Administrateur : Mme Joannard, 35, rue Vivienne, Paris.

Primes offertes aux nouvelles abonnées : 1o Le *Manuel des Mères*, du Dr Caradec ; 2o Portrait à l'huile de l'abonnée ou du bébé ; 3o Pochette artistique en soie de Lyon ; 4o la collection entière à 15 fr. au lieu de 25.

NEWMAN.—*A defence of Electrolysis in Urethral strictures, with documentary evidence, by* Robert Newman, M.D, New-York. Reprint from the Medical Register Jany 5th 1889.

NEWMAN.—*Success and failure of Electrolysis in Urethral strictures especially Dr. Keyes' method Review, by* Robert Newman, M.D., New York, reprinted from "The Philadelphia Medical Times" Dec. 15th 1888.

MAYS.—*Pulmonary Consumption considered as a Neurosis, being two of a series of evening lectures given by the Faculty of the Philadelphia Polyclinic in the course of* 1888 *and* 1889, by Thos. J. MAYS, M. D.

Geo. S. Davis, publisher, Detroit, Mich., 1888.

Case of Emperor Frederick III, Full Official Reports, by the German physicians and by Sir Morell Mackenzie. The reports of the German physicians, translated by Henry Schweig, M. D.

Edgar S. Werner, editor, 48 University Place, New-York, 1888. Cloth, $1.25 ; paper, $75 cents.

Digitized by Google

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur C. A. CASGRAIN a laissé Montréal pour aller exercer la médecine à Fall River, Mass., E. U.

M. le docteur Wm. OSLER a donné sa démission comme professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie pour aller occuper, à Baltimore, la chaire de pathologie interne à l'Univerté Johns Hopkins.

Nous recevons avis de la suspension provisoire de publication de la *Gazette de Gynécologie*, de Paris, par suite du mauvais état de santé actuel de son rédacteur en chef. Le Dr P. MÉNIÈRE a dû pour le même motif fermer son importante Clinique hospitalière de la rue du Pont-de-Lodi et se limiter jusqu'à nouvel ordre à la clientèle de ville.

Depuis le 1er janvier, le *Journal of the American Medical Association* a deux fois changé de Rédacteur. Le Dr. N. S. DAVIS s'étant, le 1er janvier, désisté de ses fonctions de Rédacteur en Chef, son successeur fut le Dr. John B. Hamilton, lequel s'est à son tour retiré, le 9 février, pour occuper une position plus lucrative et plus stable dans le *Marine Hospital Service*. Le *Journal* est actuellement rédigé par un comité de collaborateurs.

La livraison de janvier 1889 des *Archives de médecine navale* contient un remarquable travail de M le docteur VINCENT, médecin de la division navale de l'Atlantique Nord (commandée par M. le contre-Amiral Vignes) et chirurgien de la frégate *la Minerve*. Ce travail consiste en un rapport détaillé de la campagne faite par la division de mai 1886 à mai 1888, et comprend l'histoire médicale de chacun des bâtiments composant la division aux différentes périodes de la campagne.

Le troisième banquet annuel de l'Association des élèves en Pharmacie a eu lieu le 31 janvier dernier, à 8.30 p. m. à l'hôtel Richelieu.

M. K. H. Quipp, président de l'Association, occupait le fauteuil, ayant à ses côtés MM. D. Watson, président du Collège de Pharmacie, I. Contant, président, et J. Hirtz vice président de l'Association pharmaceutique de la Province de Québec, MM. les professeurs J. Bemrose, T. D. Reed, H E. Desrosiers et C. A. Pfister. Tous les élèves en pharmacie y assistaient. M. le président a porté les *toasts* suivants : La Reine, l'Association pharmaceutique, le

Digitized by Google

Collège de Pharmacie, nos professeurs, nos invités, les dames, la presse.

L'association des étudiants a raison d'être fière du succès de cette petite fête et nous lui souhaitons de tout cœur longue vie et prospérité !

Nécrologie.—A Montréal, M. le docteur R. A. Kennedy, professeur (émérite) d'accouchements à l'Université Bishop.—A New-York, M. le docteur J. C. Dalton, doyen de la Faculté de Médecine du *College of Physicians and Surgeons*, de New York, et bien connu par ses travaux en physiologie.

Facultés de médecine de France; traitement des professeurs.—Par un décret de date récente, le traitement des professeurs des Facultés de médecine est établi comme suit, à partir du 1er janvier 1889 :

Paris, 1re classe : 25 professeurs à 15,000 fr.; 2e classe : 7 professeurs à 12,000 fr.

Départements, 1re classe : 5 professeurs à 11,000 fr.; 2e classe : 10 professeurs à 10,000 fr.; 3e classe : 28 professeurs à 8,000.; 4 classe : 18 professeurs à 6,000 fr.

VARIÉTÉS

A la campagne, un bon trotteur fait autant pour la réputation d'un jeune médecin qu'à la ville les plus beaux titres scientifiques.

Un médecin ne doit jamais paraître douter ; mais s'il est avisé, il glissera un prudent " peut-être " dans tous ses pronostics.

Les maladies chroniques semblent être l'apanage de tous les débutants et restent le triomphe des praticiens expérimentés.

Les maladies viennent vite et s'en vont lentement ; au médecin d'inspirer au patient l'illusion contraire.

C'est surtout au médecin que s'applique le précepte: Ne faites jamais à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît à vous-même.

Il y a peut-être un écueil dans le succès trop rapide d'un jeune médecin : c'est de lui faire croire qu'il sait tout ce qu'il lui reste à apprendre.

X... entre affairé dans la chambre d'un malade, s'assied au pied du lit, prend le bras du patient et lui tâte le pouls; il n'a encore

Digitized by Google

rien dit que déjà on l'écoute. Il parle enfin et l'on boit ses paroles. Il se lève, on le suit, chacun semble suspendu à ses moindres mouvements.

Il tire son carnet, griffonne une ordonnance banale en pensant à autre chose, prend son chapeau et s'esquive à la hâte, comme il était venu.

Le malade rayonne, l'entourage est rassuré et les uns et les autres vont palpiter jusqu'à demain matin, dans l'attente de la visite d'un praticien si occupé... C'est un dieu à leurs yeux, et ce n'est souvent qu'un habile faiseur.

La commère médicale.—Dernièrement, dans une réunion artistique, la conversation, comme toujours fort élastique, en arriva à traiter cette question : *Quel est l'art le plus répandu ?* Une célèbre actrice, remettant sa solution à un autre instant, profita de ce que l'attention était détournée pour se plaindre d'un mal de dents. Et chacun de donner son avis : faites plomber, faites arracher, faites ceci, cela.

—Mais je n'ai pas mal aux dents ! fit l'actrice. Je voulais seulement vous prouver que *la médecine est encore l'art le plus répandu !*

En effet, rien de plus commun que l'exercice illégal de cette science, rien de plus curieux que les types qui la pratiquent irrégulièrement, depuis le marchand d'orviétans de la foire, débitant d'une voix enrouée, debout sur sa voiture et coiffé du casque de Mangin, son boniment sur les remèdes contre le ver solitaire, jusqu'au rebouteur, ce *sorcier des campagnes*, si finement étudié et dépeint par notre spirituel collaborateur E. Gilbert (de Moulins), et dont la *Commère médicale* est la digne sœur.

" La commère médicale, écrit le Dr. E. Dubois, on la rencontre partout. Elle donne les premiers soins aux enfants surtout, et le plus souvent leur fait administrer un vomitif pour les *glaives* (glaires). Pendant que vous auscultez le petit malade, qui a une fluxion de poitrine, elle fait des signes de compétence à l'entouragement, puis vous pousse le coude: N'est-ce pas, docteur, que c'est une méningite, que ça vient des dents ? Naturellement, vous ne répondez rien, et votre silence est une preuve d incapacité. Son amour-propre est blessé, gare à vous ?... Le lendemain, on vous reçoit froidement, et l'ordonnance n'a pas été exécutée !... Le surlendemain, on vous fait dire de ne pas revenir, et, bien qu'un confrère soit arrivé derrière vous, cela n'empêche pas l'enfant de mourir, et la commère de clamer partout que c'est la faute du premier médecin."

Si l'on en croit l'antiquité, la médecine ne fut tout d'abord qu'une longue suite de cancans, et les livres hippocratiques n'eurent d'autre base que la coutume des Chaldéens d'exposer les malades et de consigner sur eux les dires de tous ceux qui croyaient avoir éprouvé les mêmes sympathies. Mais la science a marché

Digitized by Google

grands pas depuis cette époque, quoique les remèdes de *bonnes femmes* soient presque restés à la hauteur des remèdes empiriques conseillés par Louise Bourgeois, dite Boursier, sage-femme de Marie de Médicis, laquelle, dans son *Recueil de secrets choisis et éprouvés*, recommande les crottes de brebis infusées dans du lait chaud, comme fumigations propres à *rendre une femme habile à avoir des enfants*, et préconise contre l'épilepsie *l'os du front d'un homme pendu ou étranglé*, rapé, puis ingurgité dans le fameux vin blanc, encore en honneur aujourd'hui chez les matrones pour donner des forces aux femmes dans une position intéressante !

Toutefois, et peut-être à cause des débuts de la médecine, il existe encore dans la classe ouvrière un préjugé qui veut que toute personne *fréquentant seulement un médecin* le devienne aussi. Il n'est pas rare qu'en l'absence du docteur, son domestique ne soit consulté, moins rare encore que ce dernier n'ordonne pas un cataplasme ou un clystère : nous avons même vu, pour notre part, une famille plongée dans le désespoir au sujet d'un enfant atteint d'une simple irritation de la gorge, parce que la maritorne de l'Esculape absent avait solennellement déclaré, sans même avoir vu le malade, que *ça ne pouvait être que le croup !*

C'est ce qui explique pourquoi les commères ont si beau jeu, et en arrivent forcément à se prendre au sérieux.

" Le plus souvent, dit encore M. Dubois dans sa charmante silhouette, la commère a été bonne chez un médecin, une sage femme. ou fille de salle dans un hôpital ; elle a connu un dentiste, ou a une cousine qui a failli être reçue herboriste ; elle a gardé un malade, ou a été gouvernante chez un vieillard qui avait une *gastrique !* Et elle la connaît la *gastrique*, comme elle connaît du-reste toute la médecine ! Les médecins sont des ânes, et c'est elle qui guérit les malades ! .... Ses diagnostics sont vite faits : c'est le sang ou les nerfs. On a trop de sang, ou les nerfs sont plus forts que lui ! Le sang s'est tourné ! Pourvu qu'il ne monte pas au cœur ! En tout cas, il n'y a de bon, voyez-vous, que la tisane de mauves ; d'abord ça fait aller."

Et, grâce à l'ignorance routinière, la commère fait un mal horrible à tous les malades en général, et aux enfants en particulier ; elle est écoutée par tous, spécialement par les jeunes mères inexpérimentées, à un tel point que nous en avons vu une forcer sa fillette, souffrant d'une esquinancie, à avaler une cuillerée de moutarde. La commère consultante ne connaissait que les sinapismes et en mettait partout ! Pour cause de résistance, le petit malade reçut même une fessée, comme supplément de médicaments....

Ah oui ! Ils sont nombreux et dangereux, ceux qui exercent la médecine sans diplôme ! Méfiez-vous-en, et quand vous rencontrerez sur votre chemin la commère médicale, recommandez-lui, selon le sage conseil du Dr. Dubois, d'aller voir en passant par l'Ecole de Médecine, si vous êtes sur la tour Eiffel !

ASTIÉ DE VALSAYRE, in *Hygiène pratique.*

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.—M. A. T. BROSSEAU.

Rétrécissements de l'urèthre.

Observation I.—M. H., âgé de 30 ans, constitution délabrée, vie irrégulière, etc., etc., se présente en novembre dernier à l'hôpital, dans les conditions suivantes : A eu plusieurs blennorrhagies difficiles à guérir. S'est servi de toutes sortes de potions et injections. Un rétrécissement long et étroit existe depuis une dizaine d'années.

La miction, toujours difficile, devenait impossible après chaque excès alcoolique, il lui fallait alors avoir recours au cathétérisme. Depuis plus d'une année, la miction ne se fait plus normalement, la vessie reste continuellement *remplie*, et l'urine ne sort que par *regorgement*. M. H. n'étant pas pourvu d'un urinal, ses habits s'imprègnent d'urine et il répand autour de lui une odeur insupportable. Cette position n'est plus tolérable et le malade consent à une opération. Avant de tenter l'uréthrotomie externe, nous essayons à plusieurs reprises à passer des bougies filiformes tortillées en bayonnette, etc., etc., mais sans succès.

L'uréthrotomie externe (ou boutonnière) est alors pratiquée ; il nous est impossible de suivre le canal à travers le rétrécissement que nous divisons cependant dans toute son étendue, puis une sonde introduite par le pénis tombe, comme par hazard, dans le bout postérieur du canal. Cette sonde est gardée en place durant un mois, toute l'urine passe par la sonde, la plaie périnéale est presque complètement cicatrisée ; le patient laisse l'hôpital malgré nous, il enlève la sonde et après quelques jours un trajet s'ouvre au périnée et l'urine sort et par la verge et par ce trajet.

Le malade trouvant difficile d'entretenir son urèthre perméable, préfère abandonner le cathétérisme et uriner comme une femme par le bout postérieur de son canal ; nous le supplions de revenir à l'hôpital et de se soumettre à un traitement convenable, mais il refuse.

Digitized by Google

Il y a environ quinze ans, nous avons traité un cas semblable, avec cette différence toutefois, que le patient était plus âgé, le rétrécissement plus ancien et la vessie plus malade, elle était prise d'un *véritable catarrhe.*

La continuité du canal n'ayant pu être maintenue après l'uréthrotomie externe, le malade a continué à uriner par la boutonnière périnéale en se tenant accroupi, comme une femme, et cela sans efforts et sans douleurs ; son catarrhe vésical a presque complètement disparu, et le patient, qui avait tant de difficultés à vider sa vessie, ne cessait de nous témoigner sa reconnaissance pour l'avoir ainsi fait changer de sexe..... pour uriner seulement.

Observation II.—M. X., âgé de 40 ans, italien d'origine, a eu plusieurs blennorrhagies durant sa jeunesse. La miction est très gênée et on constate à la région bulbeuse de l'urèthre une induration de deux pouces de longueur, dans laquelle existent des signes évidents d'inflammation: sensibilité, douleur, etc. Il est impossible d'introduire une bougie filiforme, même avec anesthésie.

Après quarante-huit heures d'application de cataplasmes, la suppuration est évidente ; l'abcès est ouvert et on met un tube à drainage. Quelques jours plus tard, l'urine passe par la plaie, puis le scrotum s'enflamme. Nous tentons alors de rétablir la continuité de l'urèthre en perçant un canal à travers les tissus indurés ; nous cherchons *une heure durant* le bout postérieur du canal sans réussir à le trouver, n'ayant pu introduire aucun conducteur pour nous guider. Nous avons eu là, et par nous-mêmes, la preuve que les auteurs qui disent que l'uréthrotomie externe *sans conducteur* est l'opération la plus épineuse et la plus délicate de la chirurgie ont bien raison.

Cependant, après cette opération, le malade a pu uriner encore plus facilement par la plaie périnéale Ce patient, tout à fait récalcitrant, ne voulait plus permettre ni drainage, ni cathétérisme dilatateur. La bonne nature est venue à son secours, car la boutonnière s'étant refermée graduellement, le canal a fini par donner passage à l'urine dans toute sa longueur. Malgré cette amélioration nous sommes loin de considérer ce malade comme guéri.

Les déductions pratiques à tirer de ces observations sont:

1° Que les rétrécissements de l'urèthre doivent être traités à bonne heure, par la *dilatation simple et progressive.* La dilatation est alors facile à faire avec des bougies coniques, et le succès est certain pourvu que le patient y mette de la *persévérance.*

2° Quand le rétrécissement est devenu étroit, coriace, rétractile, mais, tout de même, encore franchissable, l'uréthrotomie *interne,* la dévulsion ou l'électrolyse doivent avoir la préférence sur les autres moyens.

3° Si l'incurie du patient l'a poussé jusqu'à avoir un rétrécissement infranchissable comme dans les trois cas ci-dessus rappor-

Digitized by Google

tés, alors il ne reste plus au chirurgien que l'uréthrotomie externe qui n'est qu'un pis aller et dont les résultats sont peu satisfaisants.

Le traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire devient en vogue, et on en vante fort les résultats. A ce propos, je crois devoir vous donner quelques extraits d'un opuscule publié par le Dr J. A. FORT sur le sujet.

L'électrolyse linéaire des rétrécissements de l'urèthre, dit le Dr FORT, sera bientôt la seule méthode employée, elle offre de grands avantages sur l'uréthrotomie interne et sur la dilatation.

Lorsqu'on pratique cette opération avec toutes les précautions nécessaires, on peut dire : 1° elle n'est pas douloureuse ; 2° elle est rapide ; 3° elle ne s'accompagne pas d'écoulement de sang ; 4° elle ne nécessite pas le séjour au lit ; 5° elle ne réclame pas l'emploi d'une sonde à demeure ; 6° il n'y a jamais d'accidents consécutifs ; 7° la récidive est rare.

La décomposition s'opère à froid—non pas en *divisant* les vaisseaux, mais en les *obstruant*, en fermant les portes de communication entre l'urine et le sang.

L'électrolyseur de Fort ressemble à une très *petite cravache* portant une lame métallique vers le milieu de sa longueur.

On pourrait lui donner le nom de *fouet* des rétrécissements La petite cravache est mise en action par une pile à courant continu.

On traite aussi par l'électrolyse les retrécissements du canal nasal et de la trompe d'Eustache.

Il n'y aura jamais récidive, toutes les fois que la substance du rétrécissement, le *tissu pathologique rétractile* aura été détruit dans *toute son épaisseur*. Si, au contraire, la destruction linéaire n'est *pas complète*, ce qui restera du tissu pathologique amènera une rétraction plus ou moins tardive.

L'électrolyseur ne produit ni une cautérisation véritable, ni une absorption, ni une section, il décompose chimiquement les tissus en leurs éléments primitifs, et les détruit.

Le Dr R. Newman, de New-York, emploie, aussi lui, très souvent et avec succès l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre, il rapporte un grand nombre de cas à l'appui de ses avancés.

Espérons donc que l'électricité judicieusement employée sera plus efficace que les autres moyens mis en usage jusqu'à ce jour. A la prochaine occasion nous essayerons devant vous cette méthode de traitement.

Luxations non réduites à temps.

Obs. I.—Octave L., âgé de 65 ans, se présente à l'hôpital Notre-Dame le 13 février, avec une luxation sous glénoïdienne de l'humerus. Cause : chute sur le trottoir.—Cette luxation a eu lieu il y a trois semaines. Le blessé dit qu'il a consulté un médecin, lequel aurait répondu qu'il n'avait rien qu'une contusion.

Digitized by Google

Obs. II—Florence G., âgée de 8 ans, entre à l'hôpital le 13 février, avec une luxation du fémur sur le dos de l'ilion—est tombée en bas de son traîneau il y a cinq semaines. Ses parents l'ont menée chez plusieurs rebouteurs, entre autres chez madame D., qui lui a *remis le nerf du genou*, mais n'a pas été capable de lui remettre le *nerf de la hanche* (sic).

Obs. III.—Evariste L., âgé de 25 ans : Luxation sous coracoïdienne de l'humérus.—Marchant à côté de sa voiture chargée de bois, il fut précipité dans un ravin et eut l'épaule luxée. Il fut envoyé des Townships de l'Est à l'hôpital Notre-Dame, le 14 février, *dix semaines* après l'accident. Il avait consulté quatre des meilleurs rebouteurs des environs.

Obs. IV.—Napoléon M....., jeune garçon de 10 ans, tombe d'une hauteur de 12 pieds. Un médecin est appelé et porte un diagnostic probable de luxation de la hanche. Il conseille d'appeler un chirurgien, mais les parents voudraient plutôt avoir un rebouteur et attendent quatre ou cinq jours avant de suivre le conseil qui leur est donné. Enfin, on s'exécute.

A la consultation, nous constatons en effet une luxation de la hanche.

Il nous a donc été donné d'observer, dans l'espace de quelques jours (du 13 au 18 février), quatre luxations, deux de l'épaule et deux de la hanche. Aucune de ces luxations n'avait été réduite immédiatement après l'accident, parce que pour trois d'entre elles on avait eu recours à des charlatans ; la quatrième avait été prise, par un médecin, pour une simple contusion.

N'est-il pas pénible d'avoir à constater qu'une bonne partie de notre population a plutôt recours aux rebouteurs qu'aux médecins, qui, eux, ont fait les études anatomiques indispensables à la réduction méthodique des luxations et qui, de plus, ont à leur disposition cet auxiliaire tout puissant, l'anesthésie. Il nous est aussi bien pénible d'avoir à confesser que si un tel état de choses existe, c'est la faute d'un certain nombre de nos confrères qui n'ont pas honte d'avouer que, pour les luxations et les fractures, ils ne s'y entendent pas. S'ils ne s'y entendent pas, c'est leur faute, c'est qu'ils n'étudient pas, qu'ils ne prennent pas les moyens de s'instruire et de se rendre capables.

Espérons que la génération qui pousse saura mieux que sa devancière.

Dans chacune de ces réductions, nous avons commencé par anesthésier complètement les blessés, puis, après avoir fait exécuter au membre des mouvements en tous sens, afin de détruire les adhérences formées en raison du déplacement déjà ancien des os, nous avons ensuite fait les manœuvres de réduction propres à chaque variété, et dans toutes nous avons réussi dès le premier essai.

Digitized by Google

Dans les deux luxations de l'épaule, nous avons fait faire l'extension sur le bras par deux élèves, la contre-extension par deux autres élèves au moyen d'un drap perforé, dans lequel nous avons passé le bras, tandis qu'avec nos pouces appuyés sur la tête de l'humérus et nos doigts accrochés sur la clavicule et l'acromion nous repoussions la tête de l'os vers la cavité glénoïdienne.

Pour les deux luxations du fémur nous avons facilement réussi en employant les manœuvres de *douceur* dites de *dégagement*. Toute la description de ce procédé peut tenir dans la formule suivante : *flexion forcée*, *renversement en dehors*, *rotation en dehors*.

Depuis l'anesthésie les *méthodes de force* sont rarement mises en usage—les connaissances anatomiques, l'adresse, l'habileté du chirurgien lui suffisent.

Mycosis de l'arrière-bouche ; (1)

par A. A. Foucher, M. D.,

Professeur à l'Université-Laval, Montréal.

La rareté des observations relatives au mycosis de l'arrière-bouche nous a engagé à vous communiquer un cas de ce genre, qui s'est présenté dernièrement dans notre pratique.

Sœur Marie de N., âgée de 39 ans, souffre de la gorge depuis 4 mois. Examinée une première fois, il y a quatre mois, elle présenta alors des symptômes d'une pharyngite simple. Une ordonnance conforme à ce diagnostic lui fut donnée et la patiente retourna immédiatement à sa mission.

De retour ces jours derniers, elle accuse une augmentation de tous les troubles qu'elle éprouvait naguère : sensation de brûlure, d'élancements à l'arrière-gorge. En même temps elle attire une attention toute spéciale sur l'apparition de points jaunâtres dans les sillons formées par les pilliers du voile du palais et l'amygdale. Ces saillies jaunâtres sont arrondies du sommet, irrégulièrement espacées les unes des autres, elles s'étendent surtout dans l'espace compris entre le ligament glosso-épiglottique, la base de la langue et les pilliers du voile du palais, à droite. La base de la langue surtout en est abondamment fournie. Cette dernière est d'un rouge violacé et saigne aux moindres attouchements au niveau des points saillants. Il est difficile de détacher ces productions de la base sur laquelle elles prennent fortement racine. On y arrive efficacement par le raclage avec une curette tranchante.

L'examen microscopique sépare nettement ces productions pathologiques de toute autre présentant la même apparence, et les range dans la catégorie des champignons.

---

(1) Note communiquée à la *Société de Médecine pratique* de Montréal.

Digitized by Google

A quelle cause cette affection doit-elle son origine, c'est ce que les observations relatées jusqu'à ce jour n'ont pu établir clairement. Notre patiente est bien portante d'ailleurs ; elle a eu des attaques de diphthérie, elle a vomi du sang quelques fois, mais d'après toutes les indications, ce sang ne provenait pas des poumons. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. La digestion est bonne. L'endroit qu'elle habite est humide, mais le logement lui-même est salubre. Son choix d'alimentation n'offre rien de particulier.

Il n'y a donc rien dans son histoire qui puisse indiquer l'origine de la maladie.

Moure, de Bordeaux, dans un article récent sur cette question, porte à 20 le chiffre des observations de cas analogues. Pour cet auteur, la rareté des cas publiés n'est pas en rapport avec la fréquence de la maladie ; elle résulte simplement d'observations incomplètes. Dans notre cas la maladie a passé inaperçue au premier examen ; au second, il a fallu le laryngoscope pour se rendre bien compte de l'état de la base de la langue.

Un point qui nous paraît surtout intéressant dans le cas que nous venons de relater, c'est d'établir si les hémorrhagies qu'à eues notre patiente provenaient d'abord de la base de la langue ou primitivement de l'estomac.

Nous inclinons à croire que de petits vaisseaux de la base de la langue ont pu se briser et donner lieu à un écoulement sanguin qui a été avalé et rejeté ensuite au dehors avec les matières alimentaires.

Nous avons traité la maladie par le râclage de toutes les saillies, suivi de cautérisations au galvano-cautère et au perchlorure de fer alternativement.

Aujourd'hui, après trois semaines de traitement, il reste à peine des traces de l'affection.

Potion expectorante.—*Thomson.*

P.—Huile de lin	15	onces
Huile essentielle de gaulthérie	2	drachmes
" " " cannelle	2	"
Glycérine	5	onces
Sirop simple	10	"
Eau	24	"

M.—*Dose :* Deux cuillerées à soupe.

Digitized by Google

Encéphaloïde *versus* Epithelioma ;

par H. E. Choquette, M. D.

St Hilaire, P. Q.

La pratique de ces jours derniers m'a mis aux prises avec un cas si intéressant que je crois utile de le rapporter.

G..... M....., âgé de soixante ans, vint me trouver, il y a quelque temps, dans le but d'avoir des médicaments pour faire disparaître, disait-il, des bosselures nombreuses qui lui poussaient çà et là, au cou, aux épaules, aux maxillaires, sur le ventre, sur le dos, etc.

J'examinai le cas superficiellement, mais assez pour me faire penser que ce pouvait bien être de l'adénite cancéreuse, car je dois ajouter ici que mon malade, avant de venir à moi, était allé à l'hôpital, l'automne dernier, pour se faire opérer, à la langue, d'un cancer (seulement possible cependant, ainsi qu'on le lui dit alors, car il n'accusait qu'une simple érosion) ; que tout avait bien été jusqu'au mois dernier, alors qu'apparurent ces bosselures qu'il badigeonna d'iode, d'après les conseils d'un sien ami.

Quand je le vis alors, l'apparence du tissu malade n'était pas très mauvaise, sauf toutefois l'endroit où avaient été faites les applications d'iode et dont la teinte était violacée, sanguinolente.

Avec le temps, les différentes tumeurs s'accrurent en changeant visiblement d'aspect. Bref, il vint un moment où j'eus l'idée bien arrêtée que je devais avoir affaire à un cancer encéphaloïde multiple.

Il était bien permis, vû les circonstances, de tâtonner un peu sur ces matières de diagnostic, principalement au sein d'une clientèle de campagne, où les cancers ne pleuvent pas, je vous jure. Il est bien vrai aussi, qu'en observateur scrupuleux, j'eusse pu aller puiser des renseignements exacts auprès d'un pauvre diable de charlatan que je possède, paraît-il, à quatre ou cinq lieues d'ici, et qui, parti de chez lui simple maître d'école a, un bon jour, troqué son diplôme contre un don spécial de guérisseur de cancers..... Mais on ne songe pas à tout...

Je me rabattis donc sur mes auteurs, j'examinai au microscope le suc extrait de ces tumeurs dans lequel je constatai la plus belle collection de cellules cancéreuses qui se pût voir. Il n'y avait donc aucun doute à entretenir au sujet de la nature cancéreuse de la lésion actuelle, mais il y avait ce premier cancer de la langue, opéré six mois auparavant, et qui m'avait joliment l'air d'un épithélioma, si commun et si naturel à cet endroit, et voilà que je me trouvais, d'après moi, en face d'un encéphaloïde.

Digitized by Google

J'ouvris Ashurst, Paget, Rodach, et je constatai que l'hermaphrodisme du cancer était superlativement rare ; tomber de l'épithélioma en encéphaloïde, c'est raide !

Mais aussi, dira-t-on, pourquoi tenir tant à cet encéphaloïde, quand il était si naturel de soupçonner la récidive de l'opéré en première instance, ce vilain épithélioma qui surgissait de nouveau ?

Voici ma réponse :

Mon malade est mort..... .et.....enterré (ce qui ne surprendra personne) depuis trois jours. Or, voici l'apparence qu'il offrait la semaine précédant sa mort. Il avait sur l'épaule gauche une tumeur du volume d'un œuf, qui, sous son mince épiderme, ressemblait tellement à l'encéphale que l'on eût cru voir un lobule du cerveau sous sa portion de dure-mère.

De plus, sur le maxillaire droit, autre tumeur un peu plus grosse et plus large, qui, outre son caractère lobulé, présentait une apparence violacée, fongueuse, et laissait s'écouler du suc et du sang allant parfois jusqu'à l'hémorrhagie, une planche toute clichée du *fungus hématode*.

Quant aux autres tumeurs disséminées çà et là, l'ulcération n'était pas encore complètement produite, car mon patient est mort emporté par une d'entre-elles, plus considérable, fixée au cou, s'emparant de l'œsophage au point d'abolir tout à fait la déglutition. La mort arriva de la sorte un grand mois avant la condamnation formelle que lui faisait son cancer, n'eût été cette complication d'étranglement.

Maintenant, une autre considération qui me fait opiner pour l'encéphaloïde, c'est cette multiplicité de cancers, quand l'épithélioma est plus ordinairement unique, cette mollesse du premier contrastant avec la dureté du second. En outre, il n'y a que l'encéphaloïde qui suive une marche aussi aiguë, qui tue son homme aussi rapidement. Dans mon cas, toute l'affaire, à dater de l'apparition des tumeurs, n'a duré que six ou sept semaines à peine.

En résumé, si ce n'est pas là le caractère médullaire, ce n'est pas l'épithélial à coup sûr.

Mais j'y reviens à cet épithélioma de la langue qui m'intrigue tant. L'on peut me demander : En était-ce bien un ?

J'ai tant de raisons d'y croire que je puis très difficilement ne pas répondre : Oui.

Car je trouve, en m'appuyant sur la pratique et les auteurs, qu'il est si rationnel de soupçonner un cancer épithélial sur la langue, surtout sur la langue d'un fumeur enragé comme l'était mon malade, préférablement à un encéphaloïde, que j'en viens à la conclusion définitive que j'ai eu à lutter contre un encéphaloïde comme produit hybride d'un épithélioma primitif.

Digitized by Google

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Le traitement suivant est institué dans un cas de *vaginite blennorrhagique* ; Irrigation antiseptique du vagin ; assèchement avec coton boraté; application d'une solution de chlorure de zinc (10 à 25 grains à l'once), suivie d'une autre à l'acide borique et au tannin (parties égales de chaque), puis tamponnement. (Prof. M. T. BRENNAN.)

Dans la *fracture de Pott*, M. le professeur BROSSEAU considère l'attelle de Dupuytren comme étant trop fatiguante et d'application trop douloureuse. Il est très important, dans ces cas, de voir à ce que la juxtaposition soit rigoureusement maintenue, afin d'éviter le relâchement articulaire et la déviation du pied en dehors.

Dans un cas de *pleurésie séreuse*, M. le professeur LARAMÉE proscrit :

Pilocarpine..... 1/10e gr.

En injection hypodermique, tous les matins, et

Iodure de potassium..... 30 grains

à prendre trois fois par jour.

Avant que d'instituer aucun traitement intra-utérin : tamponnement, dilatation, introduction de sonde, électricité, etc., il importe extrêmement d'éliminer la *grossesse*. Toujours il faut se défier des renseignements faux que les femmes peuvent donner, soit inconsciemment, soit dans le but de tromper, et ne s'en rapporter qu'à soi-même. Dans le cas de doute, attendre. (Prof. M. T. BRENNAN.)

Quand il s'agit de procéder à *l'exploration de la vessie*, il faut obtenir le relâchement des muscles abdominaux en faisant fléchir fortement les jambes et les cuisses, le thorax et surtout le cou. La manipulation de la sonde doit être douce. La vessie doit être explorée méthodiquement. Il faut éviter avec soin les erreurs pouvant résulter du contact de la partie externe de la sonde avec les boutons du pantalon, la table d'opération, etc. Au besoin, s'aider du toucher rectal. (Prof. BROSSEAU.)

Chez les enfants, la *broncho-pneumonie* se déclare souvent au cours d'une bronchite simple. Il ne faut jamais perdre de vue la

Digitized by Google

fréquence de cette maladie, et cela, à l'exclusion de toute autre affection pulmonaire. La pneumonie prend fréquemment cette forme chez les enfants, laquelle est plus grave que la pneumonie franche. Les petits malades, cependant, résistent assez bien à la maladie ; mais celle-ci se termine parfois par la tuberculose. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE attire l'attention sur l'expression du visage chez les tuberculeux: œil brillant, longueur des cils, expression animée ou langoureuse. Quand on questionne attentivement ces malades et qu'ils peuvent donner les renseignements nécessaires, on trouve habituellement l'hérédité en cause principale.

D'une manière générale, il est vrai de dire que les *toussaux* des tuberculeux. Le séjour de l'hôpital est toujours défavorable à ces malades. Souvent, chez eux, la diathèse est *réveillée* par une maladie intercurrente tout à fait étrangère à l'état diathésique.

En dépit des nouvelles découvertes faites en thérapeutique au sujet des médicaments hypnotiques, le *chloral* reste encore le meilleur soporifique qui soit à notre disposition pour l'usage général. Les nouveaux hypnotiques peuvent être plus dénués de danger, mais leur action est aussi moins certaine. Plusieurs d'entre eux, même le sulfonal, ont donné lieu à des accidents. Le chloral, cependant, doit être manié avec précaution et administré a des doses n'excédant jamais 30 grains. Il est même plus prudent de ne pas dépasser 25 grains, sauf les cas où, comme dans le tétanos et l'éclampsie, la vie du malade est directement et immédiatement menacée. Le chloral doit toujours être administré dans un véhicule abondant, vû ses propriétés irritantes locales. (Prof. DESROSIERS.)

L'observation rigoureuse des faits s'accorde avec la théorie pour confirmer l'axiome suivant émis par M. Dujardin-Beaumetz : *l'opium ne fait pas dormir*. En effet, comme on l'a expliqué bien avant nous, l'espèce de torpeur et la somnolence produites par l'opium et ses alcaloïdes ne représentent pas les conditions du sommeil physiologique. Le cerveau est congestionné ; le malade se sent alourdi, se plaint de céphalalgie, de vertige, de langueur intellectuelle. Comparez à cela l'état du cerveau et les sensations éprouvées au réveil du sommeil physiologique et du sommeil chloralique. Le contraste est évident. L'opium n'est vraiment hypnotique que dans deux conditions : quand l'insomnie reconnait pour causes l'anémie cérébrale ou une douleur intense. Mais alors il n'est hypnotique qu'indirectement. (Prof. DESROSIERS.)

Digitized by Google

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 13 février 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur BROSSEAU communique l'observation qui suit :

M. L. R., 45 ans ; taille audessus de la moyenne ; forte charpente, mais d'un *tempérament lymphatique.* Il y a huit ou dix ans, s'est aperçu *qu'une glande* se développait dans l'aine droite ; cette glande a grossi petit à petit jusqu'à mesurer trente pouces de circonférence et atteindre sept livres en poids. Le testicule gauche est parfaitement isolé de la tumeur, mais le droit est circonvenu et masqué par elle.

La peau en avant de l'aine et du pubis (celle-ci facilement reconnaissable par les poils) est attirée en bas. La tumeur est lobulée, elle dilate quelque peu l'anneau inguinal externe tant elle est volumineuse. Nous avons à faire le diagnostic entre une affection du testicule droit, et un lymphome ou un lymphosarcome des ganglions inguinaux qui auraient été attirés en bas par leur pesanteur. Le malade affirme positivement que ça a commencé dans l'aine, puis descendu à mesure que ça grossissait (sic), jusque dans le scrotum. Quel que soit le diagnostic de la tumeur, l'ablation est nettement indiquée, car le cordon spermatique est parfaitement sain ; conséquemment tout le mal peut-être enlevé.

Un immense coup de couteau est donné à la face antérieure de la tumeur, puis vient ensuite la dissection du néoplasme.

Le testicule droit ne forme pas partie de la tumeur ; elle l'enveloppe seulement, de sorte que nous n'avons pas à l'enlever ; nous ne sommes donc pas obligés d'ouvrir la tunique vaginale. Un pansement antiseptique est fait.

Quand, trois semaines plus tard, le patient laisse l'hôpital, il est en pleine voie de guérison, cependant la peau reste très épaisse ; le patient reçoit ordre de revenir se faire examiner dans un mois.

Cette énorme tumeur est-elle bien un lymphosarcome, ou ne serait-elle qu'un simple lymphome, c'est-à-dire une hypertrophie ganglionnaire ? C'est ce que l'examen histologique nous dira plus tard, plus surement que l'examen clinique. En faveur d'un lymphome simple il y a la lenteur du développement de la tumeur (dix ans), la non généralisation, la bonne santé du patient, etc.

Nous suivrons le malade et donnerons connaissance du résultat aux membres de cette Société.

M. le Président et les docteurs CLÉROUX et BARRY s'accordent à ranger cette tumeur dans la classe des lympho-sarcômes.

Le docteur FOUCHER lit une note relative à un cas de *mycosis de l'arrière bouche.* (Voir plus haut, page 117).

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Traitement de la chlorose.—Clinique de M. le prof. PETER à l'hôpital Necker.—Au numéro 27 de la salle des femmes est couchée une jeune fille dont l'état est intéressant à étudier. Elle est âgée de dix-huit ans, mais malgré cela elle a l'aspect d'une enfant, mais d'une enfant bouffie, ses doigts sont boudinés, en même temps elle est pâle. Le soir les jambes sont enflées, et si l'on ausculte son cœur, on perçoit un souffle à la base. D'après tous ces symptômes on pourrait donc croire à une affection cardiaque. Cependant il n'en est rien, nous sommes simplement en face d'une jeune fille chlorotique et hystérique à la fois; mais nous ne nous occuperons aujourd'hui que de sa chlorose. Disons, du reste, que son hystérie n'est probablement causée que par cette dernière.

La chlorose est une maladie de tout l'être de la femme. La femme chlorotique est mal constituée ; elle est mal réglée. Ainsi notre malade a eu ses règles pour la première fois en 1885. Jamais depuis elles ne sont venues régulièrement, si bien que quelquefois il s'écoulait trois mois sans qu'elles apparussent.

D'ordinaire, on ne voit dans la chlorose que l'état du sang. Mais c'est là une erreur absolue. En effet, la femme chlorotique ne souffre pas seulement par le fait que le nombre de ses hématies est diminué, ou bien que celles-ci contiennent moins de fer que normalement, mais elle présente un nombre considérable d'autres accidents. La chlorose n'est pas une maladie due exclusivement à la diminution du fer dans le sang.

Malgré tout, il faut donner du fer aux chlorotiques et en même temps des auxiliaires qui permettent à l'estomac fainéant ou intolérant de le supporter. Il y a là toute une gamme de thérapeutique, et ceci nous amène à parler du traitement de la chlorose.

Examinons d'abord de quelle façon on doit administrer le fer. On donne ordinairement beaucoup trop de fer aux malades. L'organisme contient peut-être 4 à 5 grammes de fer normalement, et quelquefois au bout d'un mois de traitement, on a administré 20 grammes de fer. C'est alors que le fer devient malfaisant, pas autant cependant qu'on pourrait le croire.

Digitized by Google

En effet le fer agit, par sa présence seule, il irrite la muqueuse de l'estomac en faisant l'office de corps étranger, et provoque l'apparition du suc gastrique. Mais c'est là ce que veut instinctivement provoquer la chlorotique quand elle ingère, par exemple, du plâtre, du charbon, quand elle grignote du café torréfié; par ces ingestions elle veut exciter la membrane muqueuse de son estomac pour lui faire secréter le suc chlorhydropepsique. Pourquoi notre malade mange-t elle des crudités, de la salade, des cornichons ? Parce qu'il y a avec ces aliments du vinaigre. Et lorsqu'on se trouve en présence d'une chlorotique de cette espèce, il faut bien se garder de la déconseiller d'user ainsi de ces aliments vinaigrés qui ne font que favoriser la digestion. Si pour manger la viande il lui faut des cornichons, donnons-lui des cornichons. Claude Bernard a démontré dans une expérience sur le chien que le vinaigre introduit dans l'estomac provoquait l'exagération de la sécrétion chlorhydro-pepsique.

Revenons à la question du fer et de l'estomac. Sous quelle forme la chlorotique doit-elle absorber le fer ? La façon la plus simple de faire prendre le fer consiste à le donner à l'état de limaille. Quand Trousseau ordonnait du fer aux malades de la campagne, il leur disait de faire limer un clou par un forgeron et de prendre une pincée de cette limaille à chaque repas. On peut encore donner le fer réduit par l'hydrogène, une pincée avant le déjeuner et avant le dîner. Si le fer n'est pas supporté sous aucune de ces deux formes, on peut faire boire au malade des eaux minérales ferrugineuses telles que celles de Bussang, de Spa, d'Orezza, seulement ce traitement demandera à être continué plus longtemps.

S'il y a intolerance de l'estomac, s'il est douloureux à la pression, il ne faut pas hésiter à appliquer sur la région stomacale une mouche de Milan qu'on laissera sept à huit heures, ou bien encore à faire des badigeonnages de teinture d'iode sur l'épigastre, alternativement en haut, en bas, à droite, etc., de façon à pouvoir faire des applications tous les jours. En outre, il faut agir intérieurement en donnant des poudres qui favorisent l'apparition du suc gastrique. On peut avec avantage administrer un des cachets suivants :

Poudre de café torréfié.....	20	cent.
Craie lavée.....	20	—
P. de rhubarbe.....	20	—

Si l'estomac est douloureux, on ajoutera 1 centigr. d'*opium*, et s'il y a du ballonnement, 1 centig. de poudre de *noix vomique*. L'administration de ces cachets s'inspire de l'acte judicieux que commettent les malades en absorbant des poudres inertes.

Pour aider la sécrétion de l'acide chlorhydrique, on pourra faire prendre une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Digitized by Google

Acide chlorhydrique..... VI gouttes.
Eau filtrée..... 100 gram.
Sirop de limon..... 20 gram.

Cette potion remplacera le vinaigre que les malades ont tendance à ingérer, sans cependant qu'on ait à défendre les aliments dans lesquels il entre.

Pour ce qui est maintenant des aliments à ordonner aux jeunes chlorotiques, disons de suite que c'est une erreur absolue de les condamner aux viandes rouges. Si elles aiment le poulet ou le veau, il n'y a aucun inconvénient à leur en donner, voire même de la charcuterie, le maigre de jambon. Le lait ne semble pas davantage leur être nuisible.

Sous l'influence de ce traitement et du régime, vous verrez alors ces jeunes malades refleurir, digérer et engraisser. Les chlorotiques sont ordinairement constipées, parce que, de même que leur estomac, leur intestin est paresseux, il ne réagit pas. On peut leur donner des purgatifs doux tels que le podophyllin à la dose de 2 à 3 centig., le soir en se couchant, ou bien 20 à 25 centig. de cascara sagrada; on pourra recourir le matin à un lavement frais qui sollicitera les contractions de l'intestin.

Il faut aussi venir au secours de l'utérus qui fonctionne mal. Quelques jours avant l'époque où doivent apparaître les règles, les 28, 29, 30 du mois, si les règles doivent venir par exemple le 1er du mois suivant, on fera prendre un grand bain très chaud pendant 20 à 25 minutes. On pourra administrer les pistils de *safran* desséchés. à la dose d'une pincée par tasse à thé, trois tasses par jour, ou bien encore l'*armoise*, 5 gr. de sommités fleuries par litre d'eau bouillante, trois tasses par jour ; mais ce nom d'armoise sonne mal, il provoque l'idée d'avortement. L'*apiol* (graines de persil) est également efficace à la dose de quatre dragées par jour.

Mais il ne s'ensuit pas que le bain chaud soit un traitement de la chlorose, loin de là. Il faut au contraire tonifier les vaso-moteurs des chlorotiques par l'*hydrothérapie*, par l'eau froide. Elle est mal supportée par ces jeunes filles qui ont de la chaleur au minimum. La meilleure pratique consiste en l'emploi de lotions froides rapidement faites avec une éponge légèrement imbibée et nullement ruisselante. Par diplomatie, on peut commencer par de l'eau tiède et couper cette eau avec du vinaigre ordinaire, du vinaigre de Bully, de l'eau de Cologne. La malade, enveloppée d'un peignoir de flanelle épaisse, sera énergiquement frictionnée pour amener la réaction.

Plus tard, on arrivera aux douches d'abord tièdes, puis froides pendant un temps ne dépassant jamais 30 secondes, ce sera la douche en jet et non en pluie, cette dernière ne frappant pas la peau assez énergiquement. L'hydrothérapie marine est merveil-

Digitized by Google

leuse ; le bain d'eau de mer avec la nage fera faire en même temps de la gymnastique.

La gymnastique en effet est indispensable. D'abord la gymnastique peu fatigante par ressorts à boudin. Plus tard on prescrira le jardinage pour forcer agréablement l'acte musculaire. On aura ainsi l'aération, l'insolation, la musculation. L'équitation, qui d'ordinaire est acceptée avec plaisir, remplira bien ce triple but. On peut conseiller aussi de conduire une voiture, de faire de l'escrime.

Il y a là une thérapeutique très complexe qui s'inspire du simple bon sens, et il faut bien se dire que la chlorose est une pénurie générale fonctionnelle à laquelle il faut remédier par tous les moyens.—*Praticien.*

Du traitement des douleurs rectales par la ciguë, par M. WHITLA.—On connaît l'impuissance du thérapeutiste contre le prurit anal et surtout contre celui qui accompagne les hémorrhoïdes et les fissures. C'est ainsi que la cocaïne, en faibles solutions, n'atténue pas les douleurs causées par de petites fissures et qu'employée en solutions concentrées elle provoque une douleur que les malades redoutent. L'action de la morphine, de l'acide phénique, de la belladone et de la créosote est infidèle, et s'il existe de l'inflammation, aggrave plutôt qu'elle ne calme les symptômes douloureux.

La ciguë a été recommandée comme un anesthésique local et, dans ces derniers temps, l'auteur l'a mise à l'essai, sous forme de topique, à la surface des ulcérations douloureuses. Cependant, c'est du suc de ciguë et non pas de l'extrait qu'il faut faire usage, celui-ci étant inactif, tandis que celui-là, après sa concentration, est réellement un anesthésique.

M. Whitla recommande de l'incorporer à la lanoline par parties égales et d'employer cette pommade en onction sur la muqueuse rectale dans les cas de fissures étroites et douloureuses, d'excoriations par le pus s'écoulant d'un abcès et d'hémorrhoïdes ulcérées avec ténesme rectal.—*Gazette hebdomadaire.*

De la bronchite.—(1) L'expectoration se présente dans des conditions très diverses. Jadis on attachait assez d'importance à connaître la nature des crachats, à distinguer ceux de la bronchite de ceux de la tuberculose. Tout le monde sait comment aujourd'hui on fait cette distinction par la recherche des bacilles. Il faut toutefois considérer que tous les tuberculeux n'ont pas de bacilles et qu'ils n'en ont pas à toutes les périodes. Chez les tuberculeux, il y a souvent bronchite purement muqueuse. Les crachats seuls provenant des points atteints de tuberculose contiendront des bacilles.

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

Digitized by Google

Il faut donc bien se mettre en garde contre les renseignements fournis par l'examen bacillaire.

Les crachats des bronchitiques sont ordinairement semi-transparents, semi-fluides, puis ils deviennent un peu plus épais, plus consistants, ils revêtent la forme muco-purulente. Souvent, chez les vieux bronchitiques, ils contiennent une matière noire qui est du charbon venu du dehors : ces malades, sous l'influence des quintes, font de très grandes inspirations et les poussières, sans s'arrêter dans la bouche ou les fosses nasales, pénètrent dans les bronches.

Les crachats membraneux (diphthérie), offrent un caractère à part, de même que la bronchite, dans ce cas, est spéciale.

On voit qu'il n'y a pas grand fond à faire sur l'examen des crachats.

Quelquefois des hémoptisies accompagnent la bronchite, et cela sans qu'il y ait tuberculose Sans parler du sang qui peut s'échapper dans les efforts de toux, nous rencontrons cet accident dans certaines formes de bronchites très localisées, dans la bronchite polypeuse où il y a séjour de sécrétions; quand la couche est chassée par le toux, la muqueuse qui est au-dessous très vascularisée peut donner lieu à des hémorrhagies.

Il faut dire aussi qu'il y a toute une catégorie de gens prédisposés aux hémoptisies (hémophiles).

Percussion.—Le procédé d'Avenbrügger, qui consiste à frapper directement la poitrine, *immédiatement*, sans l'interposition des doigts ou d'une plaque plessimétrique, dans le cas particulier de la bronchite, vaut celui de Piorry. La seule chose que l'on puisse se faire révéler, dans cette maladie, par le secours de la percussion, c'est le degré de sonorité du thorax. Au début, cette sonorité est normale. Quelquefois en peu de temps elle augmente, comme si le sujet était emphysémateux. Au fur et à mesure que le thorax s'amplifie, la sonorité augmente, nous avons vu plus haut par quel mécanisme.

Il y a quelquefois diminution de la sonorité, mais rarement dans une grande étendue. Et pour ne pas pousser à fond la discussion, disons que l'augmentation de la sonorité n'entraîne pas d'accidents qui la suivent, et que si la diminution de la sonorité présente une grande étendue, il faut supposer de suite une complication.

L'*auscultation*, au contraire, aide considérablement le diagnostic.

Les mucosités contribuent au rétrécissement des bronches et déterminent la sibilance. Cette dernière peut cependant apparaître sans qu'il y ait dépôt de mucosités, comme chez certains malades empoisonnés par les moules : ils ont un véritable accès d'asthme produit par l'urticaire bronchique, et la muqueuse tuméfiée produit la sibilance. Assez vraisemblablement s'ajoute aussi à la tuméfaction la contraction réflexe des bronches.

Digitized by Google

A ce râle sibilant succède dans la plupart des bronchites le râle muqueux sous-crépitant (Laënnec) ; il est plus ou moins humide, bulleux, et il se produit à l'inspiration et à l'expiration. Le volume des bulles ne suffit pas à déterminer le râle car il peut être fin, gros ou moyen. Son caractère sera bien reconnu à sa production au moment de l'inspiration et de l'expiration. Et si momentanément il se limite à l'une des deux, il suffira, pour s'éclairer, de faire tousser le malade, et il réapparaîtra aux deux temps. Ajoutons enfin que ce râle peut disparaître : les bulles ont une grande mobilité.

Il faut savoir distinguer si le râle se produit dans la bronche ou dans l'alvéole pulmonaire (pneumonie). Ne confondons pas non plus le râle muqueux avec le gros râle de l'œdème pulmonaire que l'on n'entend qu'à l'inspiration seule.

Dans les grosses bronches, le râle sous-crépitant peut similer le bruit entendu dans une caverne, le gargouillement.

Derrière le râle sous-crépitant de la bronchite, on entend le murmure vésiculaire. L'absence complète du murmure vésiculaire ne suffirait pas cependant à déterminer une pneumonie ; il peut, en effet, être atténué à degrés bien divers. Mais, quelle que soit l'intensité de la bronchite, dans aucun cas on n'entend de souffle ni même de respiration rude.

Voilà à quoi se borne la séméiotique de la bronchite ; elle est assez réduite, mais importante.

Quand la bronchite est intense et la respiration gênée, l'oxygénation du sang peut se mal faire et il se produit de la cyanose.

La bronchite, quand elle est aiguë, donne lieu à de la *fièvre*, ordinairement d'intensité médiocre, rémittente. Et quand il y a un mouvement fébrile intense dès le début, il faut penser à une infection (rougeole).—(*A suivre.*)

La mort subite par arrêt du cœur.—M. John McWilliam, professeur à l'Université d'Aberdeen, dans une de ses leçons que publie le *British Medical Journal*, étudie le mécanisme de la mort subite par arrêt du cœur. Il fait observer que c'est à tort que l'on attribue, lorsqu'un individu mort d'une syncope, la mort à un brusque arrêt des fonctions du ventricule, le cœur étant en diastole. D'après de nombreuses expériences faites sur le cœur des mammifères, M. McWilliam pense que l'arrêt brusque du cœur en diastole est exceptionnel, qu'il se rencontre à la suite d'hémorrhagies profuses, de l'asphyxie, d'une chloroformisation exagérée, mais que généralement la mort n'arrive qu'à la suite de contractions violentes, énergiques, irrégulières du ventricule, contractions fibrillaires (delirium cordis). Cette manifestation spéciale de l'activité ventriculaire, étudiée pour la première fois par Ludwig et Hoffa et par Kronecker est aujourd'hui assez bien connue. On sait qu'à ce moment les battements normaux du

Digitized by Google

cœur disparaissent, que le ventricule se contracte brusquement et irrégulièrement. On note en même temps un abaissement de la pression sanguine : enfin les ventricules sont distendus par le sang que les mouvements répétés, mais peu étendus de leurs parois, sont insuffisants à expulser.

En ouvrant le thorax d'un animal chez qui l'on entretient la respiration artificielle, on peut facilement observer cet état d'incoordination spéciale du cœur (delirium cordis) ; il suffit de toucher l'organe avec une côte brisée, d'exercer quelques frictions sur la paroi ventriculaire. Ce phénomène se montre avec plus de fréquence quand le cœur a déjà subi quelques modifications dans sa circulation, à la suite des excitations nerveuses répétées, par exemple.

M. McWilliam pense que pareil phénomène se passe chez l'homme, que même ce doit être une des plus fréquentes causes de la mort subite. Comment admettre qu'un cœur, dont les fonctions se sont toujours à peu près bien accomplies, s'arrête brusquement, cesse de fonctionner, alors qu'il ne s'est produit aucune modification dans le système sanguin ? On sait, en effet, comme l'ont fait remarquer la plupart des auteurs, que les gens qui meurent subitement sont généralement très bien quelques instants avant leur mort ; ils sont habituellement dans un état de parfaite tranquillité ; les fonctions du cœur se font suffisamment bien pour qu'on n'admette pas l'existence d'une dégénérescence des fibres cardiaques. Les cas de mort subite s'expliquent donc mieux en admettant cette contraction fibrillaire.

Dans les cas d'angine de poitrine, M. McWilliam ne pense pas que, pendant les paroxysmes, il se produise cette contraction désordonnée dont il vient d'être question ; pendant les attaques, en effet, on sent les battements du pouls ; or, quand le delirium cordis existe, les battements du cœur et ceux du pouls sont supprimés. D'autre part, dans l'attaque d'angine de poitrine, on note une élévation de la pression sanguine ; dans le cas de contraction désordonnée, c'est l'abaissement qui est la règle. Par contre, il est très probable que dans l'accès qui se termine par la mort, les contractions ventriculaires sont fréquentes et incoordonnées, et c'est ce phénomène qui différentie l'accès terminal des précédents.

S'il est certain que bien des cas de syncope doivent s'expliquer par un arrêt brusque du cœur en diastole, provoqué par une excitation transmise le long des nerfs vagues, il n'en est pas moins permis d'admettre la possibilité de la mort par contraction fibrillaire des fibres cardiaques, en certains cas.

On sait que les troubles gastriques activent la terminaison fatale de la mort chez les cardiaques ; on admet que la mort est le résultat de la compression exercée sur le cœur à travers le diaphragme par un estomac distendu. M. McWilliam pense que dans ce cas la mort est produite par contractions répétées du

Digitized by Google

cœur ; il a, en effet, vu survenir ces contractions chez les animaux dont on comprimait le cœur pendant un moment.

M. Mc William, pour expliquer la contraction fibrillaire des ventricules, admet une excitation désordonnée des fibres cardiaques qui constituent les ventricules. La mort est généralement la règle après l'apparition de ce delirium cordis ; la guérison se montre quelquefois cependant, chez les animaux inférieurs notamment. La pilocarpine, en diminuant l'excitabilité des fibres cardiaques, peut amener un arrêt de ces contractions fibrillaires.

CHIRURGIE

Traitement de la coxalgie.—Clinique de M. Kirmisson.—Pendant longtemps, la coxalgie a été mal soignée. Les changements de longueur étaient pris pour des raccourcissements réels. On supposait le grossissement de la tête osseuse, de l'épanchement dans l'articulation, la luxation dans la fosse iliaque externe. C'étaient là des phases inévitables de l'affection. Le seul traitement consistait en topiques, cautérisations au fer rouge, cautères chimiques, vésicatoires, émissions sanguines ; et s'il se déclarait des abcès, on appliquait des cataplasmes émollients. Le chirurgien assistait impassible à toutes ces périodes de la maladie.

Si le malade guérissait, c'était alors avec un raccourcissement énorme, des déformations ; ou bien il s'établissait des fistules, il s'écoulait un pus infect et le malade mourait en cachexie.

Aussi le progrès fut-il considérable quand Bonnet, de Lyon, eut éclairé la pathogénie de la coxalgie et trouvé un mode de traitement efficace. Il rechercha les causes de l'allongement et du rétrécissement, et montra qu'on pourrait s'opposer à ces accidents, et qu'il fallait le faire, car ils étaient une cause de douleur et d'inflammation permanente.

Partant de là, il a proclamé la nécessité d'une immobilisation rigoureuse dans une bonne position.

Au début, quand le membre est douloureux, peu tuméfié, sans attitude vicieuse, l'immobilisation peut suffire à elle seule, la flexion se détruisant dans la position horizontale.

Bonnet fit donc construire la gouttière qui porte son nom, que tout le monde connaît, et sur la description de laquelle nous ne reviendrons pas. Cette gouttière est précieuse dans le plus grand nombre des cas.

Mais elle a plusieurs inconvénients ; d'abord, elle coûte assez cher et ne se rencontre pas partout, elle n'est pas transportable.

Digitized by Google

Aussi a-t-on imaginé d'autres appareils pouvant être fabriqués par le chirurgien lui-même. Ce sont ceux que l'on emploie journellement, telles sont les bandes plâtrées, silicatées, dextrinées, etc., que l'on renforce par des gouttières. M. le professeur Verneuil a donné le précepte d'un appareil silicaté en fil de fer en T.

Pour qu'ils remplissent leur but, ces appareils doivent non seulement enchâsser l'articulation, mais tout le bassin et le membre inférieur en totalité.

Mais quand il y a attitude vicieuse permanente, l'appareil immobilisateur ne suffira plus. On s'exposerait à une ankylose dans une position vicieuse, et la maladie pourrait continuer avec des phénomènes inflammatoires. Il faut détruire cette attitude vicieuse.

Il peut se faire que la contraction musculaire soit assez faible pour que l'on puisse facilement par une compression lente (ouate, caoutchouc), rétablir la bonne attitude, *sans abduction ni abduction avec une légère flexion.* Mais souvent ce redressement lent et graduel est difficile.

Bonnet a préconisé le redressement brusque, quoique, au début, dans son premier ouvrage, il l'ait repoussé. Il faut aussi rendre grâces au chloroforme, qui, en supprimant la douleur, supprime aussi une partie de la contraction musculaire.

On recourra donc au redressement forcé sous le chloroforme, lentement et graduellement, par mouvements alternatifs d'abduction et d'abduction de flexion et d'extension, et peu à peu par des mouvements de circumduction.

Le résultat complet ne s'obtiendra pas dans tous les cas. Quelquefois ne fera-t-on qu'un redressement incomplet, quitte à recommencer à une seconde séance.

Voici en somme, depuis 1858, quels étaient les grands principes du traitement de la coxalgie.

Depuis une douzaine d'années, une autre méthode s'est introduite. Elle consiste à traiter la coxalgie par l'extension continue à l'aide des poids. Ce n'est pas une méthode nouvelle, Lesauvage (de Caen) la proposait dès 1835. En Amérique, l'extension s'est vulgarisée de très bonne heure. Davis (1855), Bauer et Serres l'ont préconisée.

L'extension par la méthode américaine ne se fait pas comme en France. Les Américains opposent l'extension à l'immobilisation. Ils emploient des appareils produisant l'extension pendant la marche; ils ne veulent pas d'immobilisation. Ces appareils ont été bien étudiés par M. Lefort qui en a fait construire et dont il se sert quelquefois. On peut les voir dans son service de l'hôpital Necker. Le but de ces appareils est la guérison sans ankylose.

En Allemagne, Volckman (de Halle), en 1865, dans l'*Encyclopédie* de Billroth et Pita, a proposé l'extension continue.

M. Eugène Buquel (de Strasbourg), en 1870, la propose. (Lire

Digitized by Google

à ce sujet une revue de M. Charles Monod parue en 1878 dans les *Archives de médecine* sur l'extension continue appliquée aux articulations.)

Quelles sont les prétentions de l'extension continue ? C'est d'abord de détruire la pression des surfaces articulaires pour éviter tous les désordres qui en résultent. Beaucoup d'expériences ont été faites sur les résultats, elles n'ont rien donné de concluant.

M. Lannelongue a placé un cadavre dans l'extension. Il a présenté la pièce et conclut à l'écartement possible. Cependant nous ne croyons pas à la conclusion absolue de cette expérience.

Quelquefois il faut des poids énormes pour obtenir l'écartement. On a en effet à lutter contre la pression atmosphérique.

On a pensé que l'extension pouvait agir en fatiguant les muscles, et venait lutter contre la contraction et la déformation vicieuse.

Quoi qu'il en soit, le premier résultat est de supprimer de très bonne heure les douleurs. Il y a immédiatement du calme, l'état général s'améliore, et le soulagement est réel.

Mais à quelle extension continue se rallier ? Faut-il employer la méthode américaine ou la méthode française ? l'extension sans immobilisation ou avec immobilisation ? Il n'y a pas à hésiter, l'extension se fera avec l'immobilisation, le malade restant couché. En Amérique même il y a une réaction contre les appareils portatifs.

Dans le *Medical Record* du 15 septembre, 1888, un article accorde la préférence à l'immobilisation par la méthode française. Un numéro d'octobre 1888 du *New York Medical Journal* accuse les mêmes tendances.

Les principes de Bonnet restent tout entiers les mêmes et on ne leur enlève rien en combinant à l'immobilisation l'extension continue.

Pour le petit malade qui est dans le service, on fera l'extension continue avec l'appareil de M. Hennequin, pour les fractures des cuisses, et qu'il avait déjà conseillé pour la coxalgie.

Les *abcès*, dans la majorité des cas pourront être vidés par la ponction aspiratrice et injectés d'éther iodoformé. Le résultat est souvent favorable. Si la peau est très tendue, on fera une large ouverture et on nettoiera la poche, *sans pratiquer le grattage*, et l'on pansera cette poche avec les différents topiques qui agissent sur les productions tuberculeuses.

La *résection* a passé pendant un certain temps pour le traitement de la coxalgie, et certains chirurgiens en étaient arrivés à conseiller les résections primitives. Cependant la résection ne doit être qu'un moyen, ce ne doit pas être une méthode. Il faut tenir compte de l'état du malade.

Le but final dans le traitement sera différent suivant la nature du mal, et il sera important de porter un diagnostic exact. Ce

Digitized by Google

ne sera pas la même chose s'il s'agit d'une coxalgie rhumatismale ou d'une coxalgie tuberculeuse. S'il y a tuberculose, on devra désirer l'ankylose. S'il y a rhumatisme, on devra chercher à rétablir la fonction du membre.

Enfin, dans quelques cas, on pourra avoir à recourir à l'ostéoclasie ou l'ostéotomie (Mac Ewen).—*Praticien.*

Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniole.—M. le Dr. Ernest CHAMBARD expose quelques recherches venant à l'appui de l'origine parasitaire de la tourniole. Tout en confirmant au point de vue morphologique celles de MM. Cornil, Babès et Audry, elles montrent l'existence, dans le pus du panaris sous-épidermique et même dans un cas de panaris sous-cutané, non seulement d'un streptococcus et d'un staphylococcus, mais de la plupart des germes qui peuvent constituer les micrococci suivant leur mode de division ou d'association (diplococci, staphylococci, streptococci, tetrageni)

Elles nous ont suggéré, dit l'auteur, " l'idée d'appliquer au traitement du panaris la méthode que nous avons employée avec succès dans celui de l'anthrax. S'agit-il d'un panaris sous-cutané, nous l'incisons, et après avoir nettoyé le foyer purulent à l'aide d'une injection phéniquée, nous le bourrons, selon qu'il est plus ou moins anfractueux, de poudre de crayons iodoforme ; le panaris est-il sous-épidermique, après avoir excisé la voûte de la phlyctène, nous en saupoudrons le plancher avec le même médicament : un morceau de gaze iodoformée et une bande complètent le pansement que nous renouvelons chaque jour. Nous avons vu guérir sans complications et très rapidement tous les panaris, et ils sont assez nombreux, que nous avons pu observer en deux ans parmi les 5 ou 600 malades de la division des hommes de l'asile de Ville-Evrard et, fait que nous avons déjà signalé à propos de l'histoire du furoncle et de l'anthrax chez les aliénés, les malades les plus affaiblis nous ont paru supporter leur mal et guérir au moins aussi bien que les plus vigoureux."—*Paris médical.*

Traitement chirurgical des polyadénites cervicales, par M. le professeur A. PONCET.—Je désire appeler votre attention sur le traitement des polyadénites cervicales chroniques, c'est-à-dire des masses ganglionnaires que l'on rencontre communément au cou et qui se montrent plus particulièrement dans les régions sous-maxillaires, à la face antérieure et sur les parties antéro-latérales de la région cervicale. En pareil cas, si la tuméfaction ganglionnaire s'est développée lentement, à la façon d'une lésion froide, la plupart du temps sans douleur, sans réaction locale apparente, si les moyens généraux actuellement mis en usage ont échoué, je n'hésite pas à recourir à une intervention chirurgicale

Digitized by Google

qui a pour but l'extirpation, la destruction complète des masses ganglionnaires.

Le traitement que je propose, et auquel j'ai eu bien des fois recours depuis cinq ans, est l'*ablation*, la *destruction* de tous les ganglions malades apparents, appréciables au doigt, et cela quelle que soit leur profondeur.

Pour extirper ces ganglions. j'emploie le bistouri qui me conduit sur ces productions pathologiques, et alors, soit encore avec l'instrument tranchant, soit avec le doigt, soit avec la curette, j'enlève ou détruit par abrasion les tissus malades.

Deux cas peuvent se présenter:

1o Les ganglions sont superficiels ;

2o Les ganglions sont profonds.

Dans le premier cas, quoique les ganglions soient également sous-aponévrotiques, l'opération est plus simple; on ne manœuvre pas au voisinage des gros vaisseaux, l'extirpation peut être souvent faite avec le bistouri, avec les ciseaux.

Dans le second cas, il s'agit de ganglions profonds, carotidiens, sus-claviculaires. Ici les difficultés sont notablement accrues, l'extirpation peut offrir de réels dangers par le voisinage des gros troncs veineux et artériels.

Si la distinction en ganglions superficiels et profonds est capitale au point de vue opératoire, je m'empresse de reconnaître qu'en clinique ces deux variétés d'adénites, différentes par leur siège, sont souvent concomitantes, et l'opération commencée d'une façon doit être terminée d'une autre.

L'intervention chirurgicale que je propose peut être divisée en plusieurs temps:

Premier temps: *Mise à découvert des ganglions.*

Incision de la peau, des parties molles jusqu'aux ganglions. L'incision faite couche par couche, en reconnaissant au fur et à mesure les tissus qu'intéresse le bistouri est subordonnée au volume, au nombre des ganglions à enlever. L'incision doit être d'autant plus longue que les ganglions sont plus profondément situés et qu'il est nécessaire d'avoir plus de jour, non seulement pour pouvoir arriver jusqu'à eux, mais pour pouvoir procéder à leur ablation, sans danger d'intéresser les organes voisins. Souvent les incisions mesurent d'emblée 8, 10 et même 15 centimètres. Plusieurs fois l'incision allait d'une apophyse mastoïde à la clavicule, du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la symphyse du maxillaire. Des incisions multiples sur divers points sont la plupart du temps nécessaires et dans quelques cas de polyadénite cervicale étendue, alors qu'un grand nombre de ganglions étaient envahis, la longueur de mes incisions réunies dépassait 30, 40 centimètres. Chez la dernière de mes opérées, elle atteignait 45 centimètres.

S'agit-il des ganglions carotidiens, l'incision sera faite parallè-

Digitized by Google

lement au bord postérieur du sterno-mastoïdien ; par cette voie, il est plus facile d'arriver jusqu'à eux que par l'incision au niveau du bord antérieur de ce muscle, et qui rappelle les incisions pour la ligature de la carotide primitive et de la carotide externe.

Deuxième temps : *Extirpation. Destruction sur place des ganglions malades.*

Ce deuxième temps est celui qui présente le plus de difficulté, il doit être considéré comme particulièrement dangereux par le voisinage et les adhérences possibles des ganglions avec le faisceau vasculo-nerveux : carotide, jugulaire interne, etc.

Lorsque les ganglions sont superficiels, éloignés de tout organe qu'il importe de ménager, ils pourront le plus souvent être enlevés en totalité, après une large incision avec le bistouri des couches fibreuses normales et pathologiques qui les entourent. Avec la pointe de ciseaux mousses courbés sur le plat, et même encore avec l'index recourbé en crochet, leur décortication s'effectuera aisément. Il importe, pour que cette énucléation soit facile, que la masse ganglionnaire soit bien mise à découvert et que l'incision des couches conjonctives directement enveloppantes mesure, comme longueur, le grand diamètre des ganglions,

S'agit-il de tumeurs profondes, voisines des vaisseaux, un tel mode d'extirpation doit être complètement rejeté. En pareil cas, non seulement le bistouri, les ciseaux blesseraient le paquet vasculo-nerveux, mais des déchirures vasculaires pourraient être la conséquence de tractions, de tiraillements exercés sur des ganglions adhérents aux tissus voisins.

C'est la crainte de blesser les gros troncs vasculaires qui a certainement empêché les chirurgiens de recourir dans la région cervicale à l'ablation des masses ganglionnaires chroniquement enflammées, et cela malgré l'insuccès des nombreuses autres méthodes de traitement. Il est permis cependant d'agir avec sécurité, en procédant à la destruction sur place des ganglions. Bilroth, Kocher, Cazin, Poulet, etc. (*Archives de médecine militaire*), 1884, ont ainsi obtenu des guérisons rapides.

Je procède de la manière suivante : le ganglion malade, reconnu et fixé avec l'index de la main gauche, le doigt restant en place, je ponctionne avec la pointe du bistouri, et par cette brèche de 5 à 6 millimètres environ, j'introduis une petite curette qui, enlevant une partie du tissu malade, permet bientôt l'introduction de l'extrémité du doigt, puis une curette plus grosse, à bords un peu plus mousses, avec laquelle je termine en quelques secondes cette *énucléation sous-capsulaire.*

La même opération est répétée pour chaque ganglion et l'on peut ainsi après une chasse plus ou moins longue, enlever dix, quinze et même trente ganglions, sans danger, comme j'ai eu occasion de le faire plusieurs fois.

Une telle extirpation est *sans danger*, car l'on n'exerce aucune

Digitized by Google

traction sur les vaisseaux, et l'instrument à bords mousses se trouve séparé d'eux par la coque ganglionnaire, qui mesure toujours une certaine épaisseur. Cette abrasion est d'autant plus rapide que le ganglion est plus ou moins ramolli dans toute sa masse, soit qu'il ait été détruit par la suppuration, soit qu'il ait subi en totalité ou en partie la dégénérescence caséeuse ou fongueuse.

Dans tous les cas, la destruction du tissu malade, la décortication sous-capsulaire peut et doit être complète.

Troisième temps : Le troisième temps comporte :

1o L'application sur les surfaces cruentées et particulièrement dans les coques ganglionnaires évidées, d'une couche d'iodoforme, donnant à la plaie une teinte jaune safran. L'iodoforme ainsi employé, non seulement antiseptise les tissus traumatisés, mais s'oppose dans une certaine mesure aux réinoculations tuberculeuses.

2o Un drain est placé dans toute la longueur de la plaie, sortant vers l'angle le plus déclive et de nombreux points de suture assurent la réunion par première intention, qui ne doit pas faire défaut dans une telle opération, non seulement parce que la plaie est aseptique, mais encore parce qu'il s'agit de la région cervicale où les tissus ont une plasticité comparable à celle de la face.

Après une telle opération, malgré la longueur des incisions et la profondeur des plaies, la guérison est complète, au plus tard, après 10 à 15 jours. Dès le 3e ou 4e jour, le pansement est renouvelé, les drains sont enlevés ainsi que la plupart des points de suture. J'ai pour habitude de ne laisser en place jusqu'au deuxième pansement, qui a lieu habituellement huit jours après, que le fil placé vers l'angle inférieur de la plaie.

La méthode opératoire que je propose aujourd'hui, comme traitement des polyadénites cervicales, n'a, dans ces détails, rien de neuf. C'est ainsi qu'on a, en effet, proposé l'extirpation des ganglions malades, leur grattage, leur curage, mais l'opération se bornait à quelques ganglions suppurés ou caséeux, et toute une pléiade de ganglions profonds était respectée.

Ce qui caractérise ma manière de faire, c'est :

1o L'intervention chirurgicale relativement hâtive dans les polyadénites chroniques, alors qu'après quelques semaines, quelques mois au plus tard, la résolution ne se produit pas.

2o L'ablation et la destruction systématique par évidement de tous les ganglions malades, quels que soient leur siège et leur profondeur à la région cervicale, d'où la nécessité des incisions longues et multiples.

3o La recherche après drainage de la réunion par première intention, d'où l'absence de cicatrices écrouelliques et le minimum de cicatrices.

Cette opération assure une guérison rapide (15 à 20 jours au maximum), en détruisant les ganglions atteints ; elle diminue

Digitized by Google

notablement par la suppression de ces foyers pathologiques les chances d'une infection viscérale tuberculeuse. Les cicatrices qui succèdent à ces larges extirpations sont des cicatrices linéaires qui n'ont rien du tissu cicatriciel pathologique.

Chez dix-sept malades que j'ai ainsi opérés et qui étaient porteurs de ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens, carotidiens, etc., les suites on été des plus simples.

Plusieurs d'entre eux, revus un an, deux ans après, étaient restés complètement guéris, je n'ai pas observé chez ces malades d'infection tuberculeuse viscérale imputable à l'intervention.—*Lyon médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

De l'accouchement dans les occipito-postérieures.—Leçon de M. le professeur TARNIER à la Clinique d'accouchements de la Faculté.—L'accouchement dans les occipito-postérieures est un sujet dont j'aurai plus d'une fois encore l'occasion de vous entretenir, parce que cet accouchement est souvent compliqué de lenteurs, de difficultés et de dangers qu'on doit prévoir et qu'on peut le plus souvent éviter. Outre cet intérêt pratique, qui domine tout, la question de l'accouchement dans les occipito-postérieures présente de l'importance par les discussions qu'elle a suscitées.

Vous savez ce qu'il faut entendre par occipito-postérieure ou mieux par occipito iliaque postérieure, c'est la position de l'enfant s'engageant au détroit supérieur par le sommet, suivant un des diamètres obliques du bassin, avec son occiput tourné non pas comme à l'habitude vers l'éminence iléo-pectinée, mais du côté opposé vers la symphyse sacro-iliaque. Presque toujours, l'occiput est en arrière et à droite, le dos est dirigé du même côté, et l'on dit que la position est occipito-iliaque droite postérieure.

Cette position se reconnaît facilement à l'aide des divers procédés d'investigation : le palper, l'auscultation et le toucher ; mais pendant le travail, au moins, c'est le toucher qui constitue notre plus puissant moyen de diagnostic. Le doigt rencontre en effet tout d'abord la suture sagittale dans la direction du diamètre oblique gauche et la parcourt tout entière d'avant en arrière, atteint presque tout de suite, vers la gauche, la grande fontanelle lozangique. En poussant vers la droite, nous avons plus de peine à sentir la petite fontanelle assez élevée d'ordinaire, ou même hors de notre atteinte, à moins que nous ne touchions profondément de la main gauche. On constate donc, avec la position postérieure, une tendance de la tête à la déflexion ou plus exactement une

Digitized by Google

flexion de la tête moindre que dans les positions antérieures. Cette particularité est commune ; c'est presque la règle dans les positions postérieures du sommet, et les auteurs lui ont attribué une certaine influence sur la marche ultérieure de l'accouchement. J'ajoute que la fontanelle antérieure paraît d'autant plus basse qu'elle est plus accessible, occupant la partie antérieure du bassin plus facile à explorer.

Au fur et à mesure des progrès de l'accouchement, la tête descend dans l'excavation en conservant la direction qu'elle avait au détroit supérieur, se fléchit sur le périnée, tourne d'arrière en avant et met son occiput en rapport avec le ligament sacro-sciatique, le muscle obturateur interne, la branche ischio-pubienne, enfin l'arcade du pubis. Cette révolution fort étendue. plaçant la tête en OIDP, OIDT, OIDA et enfin en occipito pubienne, s'accomplit cependant intégralement dans l'immense majorité des cas —960/0 d'après U. West—mais douloureusement, péniblement avec des arrêts, des reculs, un va-et-vient désespérant, lentement par conséquent, en cinq ou six heures de plus que si l'occiput eût été primitivement placé en position antérieure.

Si encore les postérieures étaient exceptionnelles ou seulement rares, nous aurions moins à nous en préoccuper. On le croyait jadis faute de bien observer la conversion de la tête ; mais ce n'est pas la réalité. On compte à peu près aujourd'hui une postérieure sur trois ou quatre accouchements, et si j'examine la statistique de la Clinique depuis les trois semaines que j'ai pris la direction du service, je lis qu'on a eu 54 accouchements en présentation du sommet avec douze positions droites postérieures, proportion sensiblement égale à la moyenne généralement admise.

Et si la tête ne tourne pas, ou si l'occiput roule dans la concavité sacrée, cela arrive dans 4 0/0 des cas environ, que se passe-t-il ?

L'accouchement spontané est tout de même possible, mais au prix de quels efforts ! Il fallait tout à l'heure du temps et de la peine, il en faut à présent bien davantage. Néanmoins la tête progresse, se fléchit de plus en plus, déprime le périnée qui bombe comme s'il allait éclater au milieu de l'anus. Puis le sommet apparaît dans l'orifice de la vulve, se dégage, l'occiput et le bregma suivent. Une fois l'occiput au dehors, la tête exécute un mouvement de déflexion ayant pour centre la commissure périnéale et le dégagement s'effectue suivant les diamètres sous-occipitaux.

Beaucoup d'accoucheurs, jusqu'à ces dernières années, ont cru que les choses se passaient différemment ; que l'occiput, parcourait tout le sacrum et le périnée d'arrière en avant et venait d'abord sortir à la fourchette, et qu'ensuite la tête se défléchissait en amenant successivement sous le pubis le bregma, le front et le nez. Mais de bons observateurs, Guillemot, Nagele, Elsœsser, Danyau, en regardant avec attention, avaient remarqué que la portion de la tête sortant la première était toute voisine de la

Digitized by Google

fontanelle antérieure; et ils avaient bien vu, je me suis efforcé de le prouver. Vous vous en convaincrez vous-mêmes en attachant une anse de fil ou une pince sur les premiers cheveux qui apparaissent dans l'encadrement des petites lèvres ou bien en recherchant, une fois la tête sortie, à quelle région correspond la pointe conique de la déformation en pain de sucre : vous verrez que c'est en arrière de la fontanelle bregmanique.

Fréquemment aussi la matrice, épuisée avant d'avoir fourni l'effort suffisant, devient inerte et laisse la tête fœtale en détresse au milieu des voies génitales ; d'où nécessité d'intervenir.

C'était, pour beaucoup d'anciens auteurs, la terminaison inévitable de ces accouchements en position fronto-cotyloïdienne. Mesnard en donnait l'étrange raison que, " si l'enfant est sur le dos, il peut moins aisément aider à sa sortie, de même qu'entre deux nageurs, celui qui nage sur le dos, quoiqu'il fasse plus d'efforts que celui qui se met sur le ventre, n'avance pas, à beaucoup près, autant que ce dernier."

La vérité est que les accouchements en occipito-postérieure—que la tête tourne correctement ou que l'occiput se place vis-à-vis le sacrum—sont des accouchements longs, pénibles, dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères, par suite de la prolongation inusitée du travail, à des compressions dangereuses et à des opérations. Rappelez-vous les exemples que vous avez eus sous les yeux ces jours derniers :

Une femme H..., entre autres, actuellement au lit 32 de la salle des accouchées, vint ici le 8 novembre. C'était une multipare, sans viciation pelvienne, ayant eu six couches antérieures à terme et très rapides; à son entrée, les contractions étaient vigoureuses; tout laissait présager un dénouement prochain. Mais il y avait une position droite postérieure, la rotation se fit en arrière et l'expulsion n'eut lieu qu'après huit heures d'efforts soutenus.

Ne pouvons-nous donc rien pour épargner tant de fatigue aux parturientes? Vous allez voir qu'on peut agir. La cause des retards, n'est-il pas vraie? est la lenteur ou le défaut du mouvement de rotation; il nous faut l'accélérer ou le produire. Cette rotation exécutée, l'efficacité des contractions, entravée jusque-là, se manifestera par le dégagement presque immédiat de la tête. Pour cela, vous vous servirez de votre main, mais comment?

Smellie (la manœuvre n'est pas nouvelle), Velpeau voulaient qu'on refoulât la face en arrière. C'est aisément dit. Pour ma part j'ai bien des fois tenté de repousser le front et je n'ai guère réussi.

On a ajouté qu'il fallait alors prendre point d'appui avec la pulpe du doigt sur la dépression d'une suture. Je l'ai essayé sans plus de succès.

Les accoucheurs anglais, ayant remarqué que la rotation ne s'opère qu'une fois la flexion de la tête accomplie—ce que M. Bailly et moi avions, du reste, signalé—en avaient conclu : pour

Digitized by Google

faciliter la rotation, contentez-vous de déterminer la flexion de la tête en pressant fortement sur le bregma, la nature fera le reste. J'ai fait comme eux ; j'ai appuyé sur le front, je me suis efforcé de bien fléchir et j'ai attendu : rien n'a tourné.

Alors, échouant toujours en ayant recours à tous les procédés décrits, à ceux de Smellie, de Velpeau, de Playfair, de Matteï même qui agissait au-dessus des pubis, sur les épaules par des manœuvres externes, j'ai pensé que cette boule céphalique, unie comme une bille de billard et plus glissante, devait nécessairemet échapper au doigt à moins d'un point d'appui plus résistant que le rebord d'un pariétal. Or, la tête des enfants est ornée de chaque côté des appendices auriculaires aisément accessibles dans l'excavation : on en use même dans les diagnostics douteux. C'était ce point d'appui dont j'allais me servir. Quand la dilatation est complète, glissez vos deux doigts de la main gauche derrière l'oreille qui regarde la paroi droite du bassin, enfoncez-les profondément tout du long du bord adhérent et non pas seulement sur la partie flottante du pavillon ; attendez une contraction, ou mieux faites pousser entre deux contractions ; à ce moment, appuyez fortement derrière l'oreille, en même temps ramenez vos doigts en avant avec force mais sans violence et continuez le mouvement jusqu'à ce que vos doigts soient arrivés sur le côté gauche du bassin. Presque toujours la tête suivra votre impulsion, obéissant à la première sollicitation, quelquefois seulement à la deuxième ou à la troisième, et l'accouchement se terminera en quelques minutes.

Si votre main était retirée aussitôt après la rotation obtenue, l'occiput pourrait retourner en arrière, le bénéfice acquis serait perdu ; il faut laisser vos doigts en place jusqu'à la contraction prochaine qui fixera définitivement la tête en avant.

Si vous aviez une gauche postérieure au lieu d'une droite, la conduite serait la même sauf à prendre la main droite au lieu de la gauche. C'est ce que vous m'avez vu faire, voilà quatre jours, avec la femme M..., maintenant au nº 21 des accouchées.

Les douleurs duraient depuis une dizaine d'heures sans progrès ; la tête était immobilisée en OIGP et ne manifestait aucune velléité de se déplacer. J'ai introduit les doigts de la main droite en avant et à gauche derrière l'oreille ; au moment opportun j'ai imprimé à mes doigts un mouvement de rotation vers la droite ; la tête tourna, l'occiput vint sous la symphyse et l'accouchement était terminé complètement treize minutes après le début de mon intervention.

Vous réussirez comme moi, si vous faites de la même façon, non pas toujours, mais presque toujours. Peut-être ne ferez vous, le plus souvent, tourner que des têtes qui eussent tourné toutes seules, le temps aidant ; n'est-ce rien que d'épargner des heures de souffrance aux mères et aux enfants dont vous avez pris charge ?

Digitized by Google

Quant à moi je considère que vous rendrez très grand service aux femmes chez qui, la rotation n'étant pas accomplie, le travail s'éternise, énervant comme il est en ces cas, si vous faites tourner la tête fœtale par cette petite manœuvre digitale absolument inoffensive. Vous devrez toujours y recourir, sauf les cas exceptionnels, avant de vous armer du forceps plus efficace sans doute, moins inoffensif à coup sûr.

Il y a des circonstances où le doigt comme le forceps sont impuissants pour obtenir la rotation. Il y a deux jours, au matin, on nous a apporté une pauvre femme, en douleurs depuis plus de trente heures, sur qui l'on avait fait en ville deux applications successives de forceps infructueuses.

L'état général était peu satisfaisant, l'état local moins satisfaisant encore, en ce qu'il existait dans le vagin en avant et à droite, vis-à-vis le trou obturateur, une profonde déchirure d'origine traumatique qui avait dénudé la branche ischio-pubienne et qui s'enfonçait en arrière jusqu'au ligament sacro-sciatique. La dilatation était complète; la tête du fœtus, recouverte d'une bosse sanguine volumineuse, se présentait en occipito-iliaque droite; à peine entendait-on les battements du cœur très faibles.

Fallait-il tenter la rotation digitale ? Je n'y ai pas même songé un instant. L'utérus était à ce point rétracté, la tête à ce point serrée dans l'encavation, que c'eût été courir au devant d'un échec assuré, et perdre inutilement un temps qui devait être mieux employé.

Après des lavages antiseptiques plus nécessaires que jamais, j'introduisis mon forceps en commençant par la branche droite. J'aurais voulu faire tourner l'occiput vers le pubis, en plaçant la cuiller, à l'aide de ma main gauche, mais je ne pus réussir et dus me contenter d'une prise régulière d'une oreille à l'autre, le front en avant; puis je fis des tractions soutenues et énergiques. "*Il faut, autant que possible, faire exécuter artificiellement à la tête, à l'aide du forceps, tous les mouvements qu'elle exécuterait spontanément si l'accouchement était naturel.*" C'est là le précepte fondamental qui sert de boussole à l'accoucheur, ai-je écrit voilà dix-sept ans. Tout en tirant la tête, je devais donc viser à lui faire exécuter le mouvement de rotation qu'elle eût accompli dans l'accouchement naturel, sans aucune crainte de tordre le cou. Bien des accoucheurs et des plus illustres ont manifesté hautement cette crainte et les rotations de la tête fœtale à l'aide du forceps ont soulevé des polémiques sans nombre. Mais les appréhensions de mes contradicteurs sont vaines et leurs reproches théoriques ne tiennent pas devant les faits, attendu que sans parler des observations multipliées établissant l'innocuité de la manœuvre, mes expériences déjà vieilles, indiquées dans l'atlas de Lenoir, en 1864, puis exposées dans mon article du Dictionnaire pratique, sont toutes en faveur de la rotation artificielle de la tête, nullement

Digitized by Google

dangereuse pour l'enfant, moins dangereuse même qu'une flexion exagérée.

Comme mes maîtres Dubois et Danyau, avec MM. Depaul, Blot et Bailly, j'estime qu'il faut, en combinant les mouvements de rotation et de traction, tenter avec le forceps la conversion des postérieures en antérieures.

Mais comme il faut aussi savoir se résigner à dégager l'occiput en arrière, si la rotation exige des efforts trop violents, ou reste impossible, j'ai fait seulement chez notre femme quelques tentatives de rotation qui sont demeurées sans résultat, tentatives un peu timides peut-être, mais que la déchirure de la partie latérale du vagin imposait.

Il m'a fallu extraire en occipito-sacrée avec une excessive lenteur. " Dans ces cas, le périnée, fortement distendu, fait une voussure considérable au niveau de l'occiput. L'extraction est pénible, elle exige beaucoup de soin et de prudence si l'on veut éviter une déchirure étendue du périnée qu'on sera souvent obligé d'inciser."

C'est ce que j'écrivais en 1872, et vous voyez qu'en effet, pendant mon opération, le périnée bombait à ce point que, redoutant une rupture étendue, j'ai préféré, ce que je ne fais que rarement, prendre les devants en sectionnant les tissus de manière à diriger la déchirure, si celle-ci se prolongeait, sur les côtés de l'anus.

L'enfant, très compromis au début de mon intervention, est venu mort et n'a pas pu être ranimé.

La conduite à tenir dans les accouchements en occipito-postérieure est donc variée. J'ajoute que si l'enfant était mort et si en même temps l'extraction par le forceps présentait de sérieuses difficultés, il ne faudrait pas hésiter à faire la perforation du crâne.—*Semaine médicale.*

Quand doit-on se servir du forceps ? — Il n'est peut-être pas d'instrument qui, dans la pratique courante, rende autant de services que le *forceps*, lorsqu'il est employé avec à propos et appliqué suivant les règles de l'art. Souvent il sauve la vie de l'enfant ; il évite à la mère des lésions graves des organes génitaux qui pourraient résulter de la compression trop prolongée excercée par la tête fœtale.

Malheureusement, il n'est peut-être pas d'instrument dont on se serve plus inutilement ; cet abus s'accentue d'autant plus que, grâce à l'antisepsie, on ne voit plus qu'exceptionnellement des accidents de septicémie survenir à la suite de cette intervention.

Les raisons de cet abus du forceps sont multiples, et nous nous permettrons d'en donner seulement quelques-unes, les autres étant délicates à dire et surtout à écrire. Certains médecins oublient trop que l'accouchement est un acte physiologique pour l'accomplissement duquel les ressources seules de la nature doivent

Digitized by Google

suffire ; craignant pour la vie de l'enfant, ils interviennent trop tôt ; ils cèdent parfois un peu au désir de se procurer un triomphe facile. D'autres, les *humanitaires*, veulent épargner de longues souffrances à la femme qui réclame d'ailleurs l'intervention : fatigués d'attendre, ils recourent au forceps pour débarrasser la mère. N'est-ce pas aussi quelquefois pour pouvoir retourner plus vite—eux-mêmes—à leurs autres occupations ?

Cette intervention est-elle toujours inoffensive ? Non ; on peut dire, en principe, que toute application de forceps inutile est mauvaise.—Si les conditions requises pour une intervention n'existent pas encore (orifice dilaté ou dilatable, poche des eaux rompue, etc.), l'intervention hâtive est une pratique *coupable* parce qu'elle est *dangereuse* (déchirures étendues du col, ruptures utérines, etc.)

Si les conditions requises existent, il n'y a le plus souvent que demi-mal : le plus habituellement les suites de couches sont bonnes. Cependant, en admettant même que l'application du forceps soit tout à fait inoffensive pour le fœtus (il n'en est pas toujours ainsi), l'introduction des cuillers du forceps augmente toujours les lésions des parties maternelles (déchirures vaginales, du périnée, etc.), augmente par conséquent les dangers de septicémie.

Il est un autre accident d'une application de forceps inutile—accident dangereux pour la réputation de l'accoucheur. Il vient de décréter que jamais la femme n'accouchera seule, qu'il faut se servir des *fers*, et, mettant la parole en action, il passe dans la chambre à côté, défait sa trousse, se met en devoir de flamber son instrument, etc. La femme effrayée par l'opération qu'elle va subir, rassemble son courage, se met à pousser vigoureusement, et, lorsque l'accoucheur revient auprès de sa cliente, les vagissements de l'enfant lui sonnent désagréablement aux oreilles et lui rappellent qu'il ne faut jamais intervenir trop tôt ni surtout être trop affirmatif sur le mode de terminaison d'un accouchement.

Bien que tous les traités classiques consacrent un chapitre aux *indications* de l'application du forceps, il est certain que ces préceptes ne sont pas faciles à appliquer lorsqu'on n'a pas une certaine pratique obstétricale : c'est l'œuvre du clinicien de savoir les interpréter, de savoir *intervenir à propos*, de savoir *s'abstenir à propos* d'une intervention inutile, de savoir en un mot *quand* il faut se servir du forceps.

Nous allons essayer, en nous basant sur l'enseignement de nos maîtres, et en particulier sur l'enseignement que nous avons recueilli à la Maternité de Lariboisière, de résumer les principales règles de conduite de l'accoucheur en pareille occurrence.

Un premier devoir capital s'impose à l'accoucheur : c'est de ne pas tenter une application de forceps tant que l'*orifice utérin n'est pas complètement dilaté ou dilatable* ; agir autrement est commet-

Digitized by Google

tre une faute grave, c'est exposer la vie de la femme d'une manière inutile. Quant aux membranes, il faut qu'elles soient rompues ; si elles ne l'ont pas été spontanément depuis le début du travail, rien n'est plus facile que les rompre, avec l'ongle ou mieux avec un perce-membranes.

D'une manière générale, on peut dire qu'une application de forceps est indiquée, lorsqu'il y a intérêt à la pratiquer soit *pour la mère*, soit *pour l'enfant*, quelquefois *pour les deux*. Ce sont là les grandes indications de l'application du forceps : l'accouchement ne se termine pas ; la vie du fœtus est en danger ; il faut débarrasser la mère par une application de forceps. Tout cela est écrit dans les livres d'une façon théorique. Essayons de voir comment se présentent *dans la pratique* ces différentes indications.

Dans les présentations du sommet, le forceps est employé dans deux conditions très différentes :

1° ou bien le travail dynamique est normal, la contraction utérine est efficace et régulière, mais un incident, un accident survient qui nécessite la terminaison rapide de l'accouchement ;

2° ou bien il y a quelque chose d'anormal dans le mécanisme de l'accouchement qui ne pourra se terminer que très lentement, ou même qui est impossible sans l'intervention de l'accoucheur. La *vis à tergo* n'est pas suffisante pour amener l'expulsion du fœtus ; il faut la remplacer, lui apporter du secours à l'aide de la *vis à fronte*, le forceps.

C'est cette seconde catégorie de faits qui oblige le plus souvent l'accoucheur à recourir au forceps : l'obstacle à la terminaison de l'accouchement peut venir *du fœtus*, — de la *filière pelvienne* — ou d'une *insuffisance de la contraction utérine*. Quelquefois deux de ces facteurs entrent en jeu pour rendre l'accouchement très difficile ; par exemple, un fœtus volumineux, dont la tête est très ossifiée, passera difficilement dans un bassin qui n'est même que peu rétréci.

Le fœtus peut présenter un *excès de volume* général ou partiel : tantôt c'est une exagération notable de tous ses diamètres qui rend l'accouchement difficile ; tantôt c'est le volume seul de la tête qui fait obstacle, comme dans l'hydrocéphalie. Il est vrai de dire que dans ces derniers cas le forceps n'est pas souvent indiqué, à moins que l'hydrocéphalie ne soit pas très accusée ; il convient le plus souvent dans les cas d'hydrocéphalie de recourir à la ponction des sutures ou à la perforation du crâne.

Parfois c'est parce que la tête fœtale est dans une *position peu favorable* à la terminaison de l'accouchement qu'il faut intervenir : les positions postérieures, qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit, donnent lieu à des interventions assez nombreuses. Il en est de même toutes les fois que la rotation de l'occiput en avant ne s'accomplit pas facilement, soit spontanément, soit même après l'intervention nouvelle.

Digitized by Google

Il peut sembler singulier au premier abord d'indiquer ici le *petit volume* du fœtus comme pouvant nécessiter une intervention ; et, cependant, il est certain, que lorsque la tête fœtale est petite, elle peut se défléchir plus facilement ; elle subit moins l'action directrice du bassin et de la contraction utérine, et par conséquent il y a un retard, parfois trop prolongé, dans le mécanisme naturel de l'accouchement.

On observe assez souvent ces faits dans une grossesse gémellaire, pour le second fœtus ; il est vrai qu'intervient ici un autre facteur que nous verrons tout à l'heure ; l'inertie de la fibre utérine paralysée par distension de la cavité utérine.

L'obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement peut venir de la *filière pelvienne* rétrécie suivant l'un de ses diamètres utiles.

Les *rétrécissements* dus au rachitisme siègent au détroit supérieur ; on attache aujourd'hui beaucoup moins d'importance qu'il y a quelques années à la mensuration exacte du ou des diamètres rétrécis ; peu importe que le diamètre promonto-pubien mesure quelques millimètres de plus ou de moins ; il est autrement intéressant de connaître le rapport qui existe entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du détroit supérieur qu'elle doit franchir. On arrive assez facilement à cette appréciation à l'aide du palper, mode de mensuration sur lequel M. Pinard insiste avec raison depuis quelques années et sur lequel nous reviendrons. Ce qui nous importe savoir aujourd'hui, c'est à quel moment il faut recourir au forceps lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur. Il faut s'armer de patience et attendre longtemps avant d'intervenir ; la tête fœtale n'appuyant pas sur le segment inférieur, la dilatation est très lente à se faire ; il faut attendre que l'orifice soit dilatable, rompre la poche des eaux et attendre encore quelque temps (une heure ou deux) pour voir si la tête va commencer à s'engager, à se mouler au niveau du détroit supérieur.

L'expectation un peu prolongée est ici de mise ; elle n'a pas d'inconvénient, parce que la partie fœtale, n'exerce pas compression nuisible sur les parties maternelles. Un symptôme inquiétant dans l'état de la femme ou du fœtus peut seul engager l'accoucheur à intervenir promptement ; il n'en est pas de même, lorsque la tête fœtale, profondement engagée dans l'excavation, a franchi l'orifice utérin et n'est pas expulsée au bout de *deux heures*. Ici la temporisation n'est plus permise : si l'on tarde à intervenir, la tête fœtale exerce une compression dangereuse sur les parties maternelles et peut produire des eschares qui donneront lieu plus tard à des fistules nombreuses difficiles à guérir.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les causes qui peuvent ralentir ou empêcher la progression de la tête fœtale dans la filière pelvienne : laissant de côté les rétrécissements dus à des

Digitized by Google

altérations du squelette, l'obstacle peut provenir d'une *tumeur du bassin* ou des *parties molles*, d'une tumeur de l'*utérus* (fibrôme, cancer, etc.)

Une cause plus fréquente, la plus fréquente, c'est la *résistance des parties molles*, du périnée et pour quelques accoucheurs même, tels que M. Budin, la résistance de l'orifice hyménial. C'est surtout chez les primipares, et particulièrement chez les primipares âgées, que ce facteur intervient : le travail a marché régulièrement pendant un cartain temps ; la dilatation s'est faite assez rapidement ; la tête a vite progressé ; la rotation s'est faite ; on croit que la femme va accoucher ; on aperçoit même la tête fœtale, qui disparaît cependant après chaque contraction. C'est ce qu'on a appelé la période *de désespoir*. On a beau essayer avec le doigt de distendre le périnée, de faire la dilatation pré-fœtale ; rien n'y fait, et il faut intervenir. Notre ami H. Vernier vient d'étudier avec soin la nature de l'obstacle à cette période de l'accouchement, et, d'après lui, ce ne seraient pas les parties molles, mais la résistance que met le coccyx à se laisser propulser, qui gênerait l'expulsion du fœtus ; " la résistance du coccyx à la rétropulsion paraît être la cause ordinaire et principale du " retardement " de la sortie de l'enfant à terme et vivant." C'est contre cette résistance que vient s'épuiser la contraction du muscle utérin ; c'est elle qui souvent provoque l'inertie utérine. Le muscle utérin se fatigue, ses contractions ne reviennent que plus faibles et à intervalles plus éloignés ; elle ne sont plus suffisantes pour amener l'expulsion du fœtus. Il importe de surveiller avec soin ces modifications dans les caractères de la contraction utérine ; c'est en les observant qu'on peut affirmer qu'il y a insuffisance de la contraction et inertie utérine.

Nous devons signaler également une cause de *dystocie périnéale* bien étudiée par notre ami A. Boissard ; chez certaines femmes la vulve a une orientation spéciale, elle regarde trop en avant ; la commissure postérieure de la vulve peut se rapprocher si près du bord inférieur de la symphyse, que l'extrémité supérieure de la fente vulvaire commence sur la face antérieure du pubis, le capuchon du clitoris partant presque du bord supérieur de la symphyse. Chez les femmes qui présentent cette conformation spéciale (la *barrure* des anciens auteurs), on doit s'attendre à une grande lenteur lors de la dernière période d'expulsion, et par fois les difficultés " seront si accusées qu'on devra recourir à une application de forceps " (Boissard.)

Ainsi, dans tous ces cas, l'application de forceps est indiquée, toutes les fois que la contraction utérine est insuffisante pour terminer l'accouchement ; tantôt il y a une véritable inertie utérine, un arrêt ou une diminution dans la contraction utérine ; tantôt la contraction utérine est régulière, mais elle n'est pas suffisante pour triompher de l'un des obstacles que nous avons étudiés. (*A suivre.*) G. LEPAGE, in *Concours médical.*

Digitized by Google

Des corps étrangers du vagin. (1) —Certains corps étrangers s'altèrent facilement. Ils sont érodés par l'action des sécrétions physiologiques, ou s'incrustent de dépôts calcaires et phosphatiques. Les corps métalliques s'oxydent plus ou moins rapidement. Charrier et de Beauvais ont signalé l'augmentation de volume des pessaires en gomme élastique, en bois, en liège, en caoutchouc, sous l'influence des sécrétions vaginales.

Tout corps de forme irrégulière, dont la composition ou le volume subissent quelqu'une des transformations précédentes, est généralement mal supporté par la muqueuse vaginale. L'inflammation locale qu'il provoque aboutit d'abord à des ulcérations sur les points immédiatement en rapport avec lui, puis, plus tard, à des enkystements, à des fistules, à des atrésies totales ou partielles ou enfin à des propagations inflammatoires vers les organes voisins.

Un pessaire volumineux, de forme sphérique, en bois, avait été placé dans le but de remédier à des douleurs consécutives à un prolapsus utérin. Le médecin avait recommandé à sa cliente d'avoir bien soin de le retirer régulièrement et de pratiquer des lavages vaginaux. Longtemps, la femme suivit exactement la prescription. Mais, à un certain moment, ayant éprouvé des difficultés sérieuses à retirer le pessaire, elle y renonça et se contenta de faire des injections vaginales. Après être restée assez longtemps sans ressentir aucun trouble de la présence du pessaire, elle fut prise de douleurs dans l'aine gauche, et remarqua le développement à ce niveau d'une tuméfaction légère ; elle perdit du pus par le vagin. Beatty constata à ce moment la présence, dans l'aine gauche, d'une adénite et, dans le vagin, celle d'une tumeur sphérique, volumineuse, en rapport avec les parois gauche et postérieure du vagin. Après avoir incisé l'enveloppe de la tumeur, il put énucléer et extraire avec beaucoup de peine ce pessaire, que la muqueuse vaginale avait fini par recouvrir. L'opération fut immédiatement suivie de la disparition de tous les phénomènes pathologiques.

De Beauvais a extrait, au bout de trois ans, un pessaire en caoutchouc durci, qui avait contracté des adhérences intimes avec le col de l'utérus, sans avoir néanmoins empêché la femme de concevoir, car elle fit, peu de jours après l'opération, une fausse couche de trois mois et demi.

M. Jenks a vu une femme que l'on croyait atteinte d'un cancer de la matrice. Elle n'avait plus ses règles depuis douze ans et souffrait depuis assez longtemps d'un écoulement assez considérable et très irritant des parties génitales. Les cuisses et la vulve avaient fini par être fortement excoriées. A l'extrémité supérieure du vagin, le doigt fit constater l'existence d'une masse

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

Digitized by Google

molle, immobile, dont la consistence ne rappelait aucune tumeur connue. Par le spéculum, Jenks reconnut qu'il s'agissait d'une éponge très adhérente aux tissus. Il dut l'enlever par morceaux. Les parois vaginales sous-jacentes étaient saignantes et ulcérées. Guérison rapide. Cette femme raconta qu'elle avait l'habitude d'introduire une éponge dans le vagin pour remédier à une chûte de la matrice. L'éponge y avait été placée pour la première fois deux ans auparavant par un médecin. Depuis lors, elle n'avait plus eu besoin de ce moyen, et elle croyait avoir retiré l'éponge.

Une femme de 36 ans vint consulter A. Pearse pour une ménorrhagie datant de dix jours et ayant amené une grande prostration, des coliques très fortes et l'affaiblissement. Au toucher vaginal on sentait, à un pouce de l'entrée, un corps étranger recouvert par un repli de la muqueuse. La malade finit par avouer qu'à 14 ans elle s'était introduite elle-même une bobine de fil. Elle avait déjà eu des attaques de péritonite et d'hémorrhagie. Dix jours après, le corps étranger fut retiré. On trouve une fistule uréthro-vaginale. Cette malade avait été mariée deux fois et avait été soignée par des médecins. Chose inconcevable, la bobine, mesurant un pouce trois quarts de longueur et dix pouces de largeur, avait toujours passé inaperçue.

Dans l'observation de Carter et Daly, le dévidoir avait provoqué un écoulement fétide, parfois sanieux. Il s'était incrusté dans un tissu cicatriciel. Il fallut pratiquer de larges incisions pour arriver à l'extraction de l'objet. Deux ans plus tard, on pratiqua une opération à cause d'un mariage projeté, et le vagin fut trouvé rétréci par des cicatrices nombreuses. Peu après, cette femme devint enceinte, et elle accoucha au huitième mois. Le vagin étant encore diminé de calibre, il fallut inciser les bandes cicatricielles et appliquer le forceps. L'enfant naquit vivant, mais mourut bientôt après. La seconde couche eut lieu à terme, on incisa de nouveau les bandes cicatricielles, la délivrance s'opéra naturellement, et l'enfant vit encore.

Aux symptômes précédemment décrits, il convient d'ajouter des alternatives de rétention et d'incontinence de l'urine et des matière fécales, et des exemples de rétention menstruelle. Dans les faits cités par Barad et de Breisky, la rétraction cicatricielle était si prononcée, qu'elle avait entraîné l'oblitération presque complète du vagin.

Les corps étrangers les plus dangereux sont les crayons, poinçons, fragments de verre, épingles, etc., pointus ou tranchants. Ils ont de la tendance à perforer les parois vaginales et à s'engager en totalité ou en partie dans les cavités voisines : le rectum, la vessie, le péritoine, etc. Dans ce cas, les phlegmons circumutérins et les péritonites peuvent souvent apparaître avec toutes leurs conséquences funestes.

Nous avons déjà signalé les erreurs de diagnostic auxquelles les

Digitized by Google

corps étrangers avaient donné lieu, ajoutons-y encore quelques autres observations.

Guyon parle d'une sangsue qui, entrée dans le vagin, détermina des hémorrhagies très abondantes pour lesquelles on soigna inutilement la malade.

Capuron, Richet, Horrochs, etc.,ont rapporté des faits d'éponges oubliées dans le vagin et confondues avec des cancers ulcérés.

On pourrait multiplier les exemples analogues sans grande utilité pour les lecteurs.

On conçoit la difficulté du diagnostic en pareil cas. Bien souvent la femme oublie; d'autres fois, retenue par un sentiment invincible de honte ou de pudeur, elle n'ose renseigner le médecin et avouer les manœuvres auxquelles elle s'était livrée antérieurement.

Une fois la nature du corps étranger reconnue, il faut procéder à son extraction. Nous avons vu plus haut qu'elle pouvait être très difficile. Dans certains cas, comme le nôtre, il faut faire des applications d'instruments spéciaux pour la traction, Bombke a publié un fait dans lequel un calcul du volume d'un œuf de dinde s'était formé autour d'un pessaire en bois, resté en place pendant dix ans; il fallut employer le forceps pour l'enlever.

Dans d'autres cas, il faut pratiquer des débridements.

Quoi qu'il en soit, on s'entourera toujours des précautions d'une antisepsie rigoureuse, et l'on ajournera l'opération des fistules pouvant exister jusqu'après la guérison de l'inflammation locale et de ses résultats, ulcères, fongosités etc.—*Gazette de gynécologie.*

L'acide acétique en gynécologie.—Les solutions d'acide acétique sont aussi antiseptiques que les solutions d'acide phénique. Elles sont absolument inoffensives et ne produisent jamais de phénomènes d'intoxication ; de plus, elles sont hémostatiques, et même à un degré assez prononcé. L'acide acétique possède, en outre, la propriété d'imprégner les tissus avec une facilité beaucoup plus grande que les autres agents antiseptiques; il a donc un grand avantage sur le sublimé, qui, en présence de l'albumine, produit des composés insolubles. L'acide acétique attaque aussi beaucoup moins les instruments que le sublimé. On peut laisser séjourner un forceps pendant un quart d'heure dans une solution de 3 pour 100 d'acide acétique, sans produire le moindre dégât. Le savon ne se dissolvant pas dans les solutions d'acide acétique, il faudra, après son emploi, se laver au moins deux fois les mains, petit inconvénient, fort léger à la vérité. On emploiera des solutions à 3 pour 100. Dans les cas de septicémie préexistante, il faudra recourir à des solutions de 5 pour 100. Ces dernières occasionnent sur les plaies une sensation de brûlure.

Rappelons que les anciens se servaient du vinaigre rosat pour pratiquer l'antisepsie puerpérale.—*Gazette de gynécologie.*

Digitized by Google

PÆDIATRIE.

Du rhumatisme cervical chez l'enfant.(1)—En résumé, le rhumatisme cervical peut présenter diverses modalités cliniques qu'il importe de connaître.

1o *Il peut être uniquement articulaire*, et alors, tantôt *il coexiste* avec d'autres manifestations articulaires (comme dans notre dernière observation), tantôt *il les précède* (comme dans le cas de M. Chauffard), tantôt enfin il constitue *la seule détermination* du rhumatisme ; témoin cette observation rapportée dans la thèse de M. Picot (1872) d'une fillette de 15 ans chez laquelle le rhumatisme resta uniquement localisé aux articulations cervicales, et n'en fut pas moins compliqué d'endocardite mitrale.

Le propre de ce rhumatisme cervical articulaire est de s'accompagner d'un torticollis de protection qui place la tête soit *en flexion et rotation*, soit *en inclinaison latérale* (observation de la petite Jeanne D.....), soit *en extension* (observation de M. Chauffard); enfin, le torticolis peut être *variable* (faits de M. Cadet de Gassicourt).

2o *Le rhumatisme cervicale peut être uniquement musculaire :*

Avec torticolis (observation de Descille), ou *sans torticollis* (observation de la petite Henriette S...).

3° Enfin, *il peut être mixte* et intéresser simultanément et les muscles et les articulations du cou.

Le diagnostic du rhumatisme cervical est facile, d'ordinaire. Vous ne le confondrez pas avec une attitude vicieuse de la tête et du cou provoquée par une angine phlegmoneuse ou une adénopathie. Si, dans ce cas, on peut croire à première vue, avoir affaire à un rhumatisme cervical, l'erreur n'est pas de longue durée. Mais la chose n'est pas toujours aussi simple, et, dans mainte circonstance, votre esprit restera en suspens entre le diagnostic de rhumatisme cervical et celui de *méningite spinale*, ou, plus souvent encore de *mal sous-occipital.*

Examinez votre malade avec la plus grande attention : cherchez du côté des articulations, du côté du cœur, du côté de la peau. Si vous trouvez, en même temps que la douleur et l'attitude vicieuse du cou, quelques arthropathies ou une détermination cardiaque, ou des lésions cutanées à cachet rhumatismal, la tâche vous sera singulièrement facilitée. Mais il peut arriver que vous ne trouviez que la localisation cervicale : dans ce cas, examinez minutieusement la région malade ; recherchez les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant, voyez quelle est sa consti-

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

Digitized by Google

tution, et de l'ensemble de ces renseignements découlera souvent la certitude absolue de votre diagnostic. Au surplus, si vous ne pouvez affirmer ce diagnostic séance tenante, l'évolution de la maladie et les résultats du traitement vous fourniront ultérieurement des données de la plus haute importance.

Messieurs, le diagnostic du rhumatisme cervical une fois établi, il ne faut pas vous en tenir là : allez plus loin et voyez à quelle variété vous avez affaire; les articulations peuvent être touchées isolément, comme aussi les muscles, et enfin, articulations et muscles peuvent être intéressés à la fois. Cette seconde partie du diagnostic n'est pas la moins délicate. Néanmoins, avec de la patience et de la méthode dans l'examen des petits malades, vous arriverez assez facilement dans la plupart des cas, à localiser la lésion d'une façon certaine.

Je n'insisterai pas sur le traitement du rhumatisme cervical. Je vous en ai assez parlé, chemin faisant, pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Qu'il me suffise de vous dire que tout rhumatisme cervical articulaire, musculaire ou mixte, est justiciable du *salicylate de soude* qui est bien supporté par les enfants, même à dose très élevée.

L'*antipyrine*, que les enfants tolèrent non moins bien, à la dose de 3, 4 et 5 grammes, est un médicament d'une valeur au moins égale, pour ne pas dire supérieure, à celle du salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme cervical.

Grâce à cette médication vous obtiendrez à peu près toujours la guérison très rapide et complète de vos petits malades. Quelquefois cependant, alors que toute douleur, que tout fièvre a disparu, il reste encore un certain degré de contracture musculaire. Je vous en citerai comme exemple l'observation suivante que j'emprunte aux cliniques de M. Cadet de Gassicourt.

" Je soignais, il y a quelques années, dit mon excellent collègue, une fillette d'une dizaine d'années, qui était atteinte *d'un torticolis rhumatismal dans lequel les articulations des vertèbres cervicales et le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit étaient également touchés.* Au début, le rhumatisme, *très subaigu*, suivait une marche normale et ne m'inspirait aucune inquiétude. Mais, malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, je m'aperçus au bout d'une quinzaine de jours que la raideur du cou allait chaque jour en augmentant et que la tête penchait de plus en plus vers l'épaule droite. Cependant, la fièvre, qui n'avait jamais été très vive, était tout à fait tombée quoique les vertèbres continuassent à être légèrement sensibles à la pression et que la moindre tentative de redressement fût rendue impossible par l'acuité de la douleur. Les douches sulfureuses, les vésicatoires ne donnaient aucun résultat; la cautérisation ponctuée conseillée par mon maître Barthez, que j'avais appelé en consultation, avait complètement échoué. J'étais fort inquiet, et je me demandais si la lésion était

Digitized by Google

restée limitée aux articulations et si les vertèbres elles-mêmes n'étaient pas profondément atteintes. Pourtant la marche de la maladie, le torticolis persistant, l'absence d'empâtement autour des vertèbres et d'abcès de voisinage ou migrateurs, l'intégrité des membres supérieur et inférieur, l'état général excellent, tout me faisait repousser *l'idée d'une carie vertébrale.* Les jours passaient cependant; pendant ce temps, les vertèbres avaient cessé d'être douloureuses, mais le muscle restait contracturé.

Pour savoir si l'obstacle au redressement de la tête siégeait dans les vertèbres ou dans le muscle, j'endormis l'enfant par le chloroforme. A peine le sommeil était-il complet, qu'il me fut facile de vaincre la résistance du muscle, et je reconnus que je pouvais fléchir et tourner le cou dans tous les sens sans la moindre difficulté. Je résolus alors d'appliquer autour du cou un collier, dit minerve, comme dans le mal de Pott cervical, de manière à maintenir la tête après l'avoir redressée. Au bout de quinze jours d'application, la résistance du muscle était vaincue et l'enfant guéri. Le procédé n'est pas nouveau, mais il est efficace; je vous le recommande en pareille circonstance."

Vous voyez, Messieurs, par le fait que je viens de vous citer, quelle doit être votre conduite dans le cas de contraction musculaire consécutive à un rhumatisme cervical. Aux moyens employés par M. Cadet de Gassicourt j'ajouterai—et en première ligne—*le massage*, dont vous obtiendrez souvent des résultats véritablement merveilleux.

C'est par cette theurapeutique à la fois interne et locale que vous parviendrez, même dans les cas les plus rebelles, à la guérison complète de vos petits malades.—*Abeille médicale.*

Paralysie faciale des nouveau-nés.—Chez les nouveau nés il existe au moins trois formes différentes de paralysie faciale périphérique :

1° Les paralysies causées par l'application du forceps ;

2° Les paralysies causées par un travail lent, une conformation vicieuse du bassin ou par une tumeur intra-pelvienne;

3° Les paralysies, généralement accompagnées d'une diminution de l'ouïe qui sont vraiment congénitales.

Tandis que les deux premières permettent un assez bon pronostic, quant à une guérison complète, la dernière est incurable et reste pendant toute la vie ; les troubles fonctionnels qui l'accompagnent ne sont pas grands, parce que le sujet apprend à s'y accoutumer, n'ayant jamais connu une fonction normale du côté paralysé. Mais quand l'accoucheur a constaté chez un nouveau-né une paralysie faciale périphérique qui n'est pas causée par l'application du forceps, il fera bien, en général, de réserver son pronostic, car si l'affection est le résultat d'une pression, elle disparaîtra, en général, mais si elle est vraiment congénitale, elle persistera toute la vie.—STEPHAN, in *Revue de médecine.*

Digitized by Google

Méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de deux ans.—Il est de notion classique que la méningite tuberculeuse est une affection atteignant sa plus grande fréquence vers l'âge de quatre ans, et qu'audessous de deux ans elle est exceptionnelle. Cependant, sa fréquence à cet âge est peut-être plus grande qu'on ne le croit, et M. le docteur Bosselut, conseillé sous ce rapport par M. le professeur Damaschino, vient de faire sur ce sujet des recherches qu'il a consignées dans sa thèse. De ce travail, il résulte que l'enfant nouveau-né, jusqu'à l'âge de deux ans, est sujet à la méningite tuberculeuse bien plus souvent qu'on ne le croit d'ordinaire.

Loin d'être exceptionnelle avant cette époque, elle existe fréquemment, ainsi que l'a démontré M. Damaschino; mais elle passe inaperçue n'étant pas diagnostiquée, étant même quelquefois éliminée systématiquement par des observateurs qui admettent à tort la fréquence de la méningite franche dans le très jeune âge. Les causes sont d'ailleurs les mêmes que dans la méningite tuberculeuse en général; elles consistent, en définitive, dans l'introduction du bacille de Koch dans le sang et sa localisation au niveau des méninges. L'alimentation, et aussi la respiration, sont habituellement les fonctions qui permettent l'introduction de ce micro-organisme. Dans beaucoup de cas, la tuberculose d'origine héréditaire est transmise par les parents à l'embryon.

Les symptômes, quoique plus vagues, étant donné l'âge de l'enfant, reproduiront ici à peu près le tableau clinique de la méningite tuberculeuse du sujet plus éloigné de la naissance. Il existe cependant quelques détails cliniques suffisants pour attirer l'attention et faciliter le diagnostic. La marche est ordinairement très rapide; l'évolution chronique est beaucoup plus rare qu'à l'âge de quatre ou cinq ans. La terminaison est la mort dans tous les cas; le pronostic est donc des plus graves.

Il importe de ne pas confondre la méningite tuberculeuse des enfants à la mamelle avec l'embarras gastrique dû à l'alimentation mauvaise, insuffisante ou trop abondante ou administrée d'une façon non méthodique; avec la pneumonie lobaire, certains cas de syphilis héréditaire et surtout l'otite aiguë; M. Bosselut insiste beaucoup sur ce dernier point. L'otite aiguë, en effet, est une des maladies qui donnent le plus de prise aux erreurs de diagnostic. Cette affection, quoique rare dans le bas âge, peut être observée. Le rocher peut devenir le siège de tuberculose primitive à la suite d'un état général mauvais, ou secondaire à la suite d'une tuberculose voisine; de plus, il est souvent envahi par une phlegmasie simple, aiguë ou chronique, qui succède toujours à une inflammation de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne. Encore ici l'état général et les fièvres éruptives, la rougeole en particulier, jouent un rôle pathogénique prépondérant. Quoi qu'il en soit, l'enfant atteint d'otite simple ou tuberculeuse, pré-

Digitized by Google

sente un ensemble syndromique qui a les plus grandes analogies avec la méningite tuberculeuse ; ce qui pourra fixer le diagnostic ; c'est le rôle effacé de la constipation, la douleur très vive qu'on arrive à déterminer lorsqu'on exerce une pression au voisinage de l'oreille malade et surtout l'écoulement purulent qui a lieu à ce niveau et qui macule l'oreiller sur lequel repose la tête du petit malade, de sorte que le diagnostic est pour ainsi dire inscrit sur l'oreiller, suivant l'expression de M. Damaschino.

Le traitement ne saurait être que préventif et, quand la maladie est confirmée, palliatif. Il n'est guère permis d'espérer un résultat satisfaisant de la médication, surtout quand il s'agit d'enfants qui viennent de naître.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Sur la pathologie et le traitement de la coqueluche.—Dans une communication à la Société de médecins de Vienne, le Dr Genser, après avoir passé en revue les travaux les plus récents sur la nature parasitaire de la coqueluche, énumère les résultats qu'il a obtenus lui-même dans le traitement de cette maladie.

Les malades qu'il a traités s'élèvent au nombre de 200. Ils furent soumis à deux modes de traitement : chez les uns, on pratiqua des insufflations de poudres médicamenteuses dans les fosses nasales, suivant le procédé de Michaël, aux autres, on administra de l'antipyrine par voie stomacale.

La méthode de Michaël fut essayée dans 76 cas ; on insuffla au moyen d'un tube en verre coudé, de la poudre d'acide benzoïque dans les fosses nasales des malades. Les résultats obtenus furent médiocres, comme le montrent les tracés indiquant le nombre des quintes de toux par vingt-quatre heures. La durée du traitement a été en moyenne de quarante-trois jours. L'auteur a pu constater, dans un grand nombre de cas, que les insufflations avaient le seul avantage de mettre fin aux vomissements. En général, les petits malades les supportaient difficilement, elles les mettaient dans un état d'excitation considérable et amenaient souvent à leur suite une violente quinte de toux.

Par contre, l'antipyrine administrée par la bouche s'est généralement montrée plus efficace. Les tracés établis par l'auteur montrent que cette médication a toujours eu pour effet non seulement de diminuer le nombre des quintes par vingt-quatre heures, mais encore leur durée et leur intensité. Dans la plupart des cas, la durée du traitement n'a pas duré vingt-quatre jours. La dose moyenne a été de 0 gr. 10 centigr. par jour pour chaque année d'âge, de sorte qu'un enfant âgé de 5 ans, par exemple, absorbait, pour quarante-huit heures, 1 gramme d'antipyrine dans 80 grammes d'eau, avec addition d'un sirop quelconque. Dans cinq cas compliqués de lésions pulmonaires, l'antipyrine a donné des résultats négatifs.

Digitized by Google

Ces faits établissent nettement, suivant l'auteur, l'action favorable de l'antipyrine dans la coqueluche. Ce produit agit-il, en tant que médicament antiparasitaire, ou bien n'est-ce pas plutôt par ses propriétés sédatives, en diminuant l'excitabilité réflexe qu'il arrête la toux de la coqueluche ? L'auteur se range à cette dernière supposition. L'antipyrine, par conséquent, tout en n'étant pas un médicament spécifique contre la coqueluche, n'en rend pas moins des services considérables dans le traitement de cette maladie et, dans tous les cas, l'administration de ce médicament ne présente pas le moindre inconvénient pour l'organisme de l'enfant. Celui-ci l'avale sans difficulté ; son goût amer peut-être masqué à volonté.

L'auteur a également expérimenté l'antifébrine dans le traitement de la coqueluche, mais cette substance lui a donné des résultats incomparativement moins favorables que l'antipyrine.—*Paris médical.*

DERMATOLOGIE.

Traitement de l'eczéma de la face chez les enfants, par M. Besnier, médecin de l'hôpital St-Louis.—Nous empruntons au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* les préceptes suivants posés par M. E. Besnier pour le traitement de l'eczéma chez les enfants :

L'eczéma de la face chez les enfants reconnaît trois formes. La première se rencontre chez les sujets lymphatiques ou scrofulo-tuberculeux ; elle a pour caractères principaux d'être peu prurigineuse, de se développer autour des orifices, comme le nez et la bouche, et de déterminer de grosses adénopathies qui peuvent être le point de départ de lésions tuberculeuses. Sa sécrétion est très abondante et la cornée est souvent atteinte de kératite phlycténulaire.

La seconde forme d'eczéma appartient à la première enfance et coïncide avec le travail de la dentition. Très prurigineux, cet eczéma couvre la figure comme un masque, respectant tous les orifices comme le nez, les yeux, la bouche et même les plis des oreilles ; il gagne souvent aussi le dos des mains et des poignets. En même temps existent des traces d'irritation buccale, telles que sensibilité des gencives, salivation abondante, indiquant qu'on se trouve en présence d'un eczéma réflexe, en rapport avec le travail de la dentition. Aussi les meilleurs moyens de le combattre sont-ils de diminuer l'irritation des gencives en faisant mâcher de la racine de guimauve ou du bois de réglisse et surtout

Digitized by Google

de calmer le prurit gingival par des attouchements fréquemment répétés à l'aide de la préparation suivante :

Glycérine.....	10 grammes.
Eau distillée.....	10 —
Bromure de potassium.....	1 —
Cocaïne	0,10 centigr.

Si le sommeil est agité, on donne le bromure de potassium à l'intérieur à la dose de quatre cuillerées à café (une par heure) de la solution suivante :

Sirop de fleurs d'oranger.....	50 grammes.
Bromure de potassium.....	1 —

Comme traitement local, on a recours à la pommade suivante :

Oxyde blanc de zinc.....	25 grammes.
Vaseline.....	75 —

La troisième forme d'eczéma diffère de la précédente par l'absence de prurit, mais ne se montre pas non plus au pourtour des orifices ; siégeant dans la partie de la peau qui confine aux glandes sébacées et sudoripares, cet eczéma débute par le cuir chevelu où il se caractérise par une desquamation abondante et l'aspect des cheveux qui sont rares et grêles ; de là, il gagne les sourcils, la face et souvent aussi le cou, le dos et les épaules.

Son mode de traitement est des plus simples : au cuir chevelu, on fera couper les cheveux et faire des lavages avec le savon ; sur la face on fera faire des lotions avec de l'eau tiède à laquelle on ajoute un peu de lait pour mieux dissoudre les sécrétions grasses de la peau et l'on fait ensuite les applications de résorcine.

Résorcine.....	1 gramme.
Oxyde de zinc.....	10 —
Vaseline.	100 —

On peut remplacer la résorcine par le soufre à la dose de 4 ou 5 grammes.

Quant à l'eczéma scrofuleux-tuberculeux, le plus grave de tous, on commence par faire deux fois par jour des lavages avec un liquide tiède composé de : une cuillerée de liqueur de Van Sweiten pour un bol d'eau, et peu à peu on arrive à employer la liqueur. On fait en même temps des applications de pommade au calomel à 1 gramme pour 30 grammes, puis on a recours au précipité rouge à la dose de 0,05 centigrammes pour 50 grammes. Mais comme ces préparations sont irritantes, il faudra en surveiller attentivement l'usage.—*Tribune médicale.*

Digitized by Google

Quelques préparations contre les engelures.— Les pédiluves ou les manuluves à l'alun et au tan sont d'usage banal; le massage donne de bons résultats. Parmi les préparations pharmaceutiques les plus efficaces, sont le nitrate d'argent, l'oxyde de zinc et le collodion iodé ou iodoformé :

1o *Solution de nitrate d'argent.* :

P. Nitrate d'argent.....	3½	grains.
Eau distillée.....	1	once.

F. s. a. pour l'usage externe. En badigeonnages.

2o *Pommade au nitrate d'argent* (Billroth) :

P. Nitrate d'argent.....	1	partie.
Pommade rosat.....	100	"

F. s. a. pour l'usage externe. En onctions sur la région malade.

3o *Vaseline à l'oxyde de zinc* :

P. Oxyde de zinc.....	3	parties.
Vaseline.....	20	"

F. s. a. même usage.

4o *Collodion iodé.*—M. Billroth, d'après M. Wheite et le formulaire de la Faculté de Vienne, emploie volontiers un badigeonnage quotidien avec le collodion ainsi formulé :

P. Collodion.....	40	parties.
Iode métalloïdique	1	"

F. s. a. pour l'usage externe.

Ou bien, il combine ces badigeonnages avec l'application de compresses imbibées du mélange suivant :

P. Eau de cannelle.....	20	parties.
Eau distillée.....	60	"

F. s. a.

5o *Collodion iodoformé.*—Les badigeonnages avec cette préparation donnent de bons résultats, comme je l'ai souvent constaté dans ces dernières années. On doit les répéter au besoin deux fois par jour. Ce collodion se formule ainsi :

P. Iodoforme.....	1	partie.
Collodion.....	20	"

F. s. a. pour l'usage externe.

Revue de clinique et de thérapeutique.

Digitized by Google

Traitement antiseptique de l'impetigo.—CH. ELOY conseille le traitement suivant, basé sur l'antisepsie médicale.

Il faut d'abord assurer la chute des croûtes avant d'appliquer les topiques antiseptiques.

Pour provoquer la chute des croûtes, on peut les recouvrir d'une compresse formée de huit à dix doubles de tarlatane et imbibée d'eau boriquée au 50e (Besnier), ou encore de cataplasmes de fécule de pommes de terre aseptique par l'addition d'eau boriquée (Gaucher). M. Eloy, reconnaissant que l'usage des cataplasmes présente des inconvénients, recommande les compresses de tarlatane recouvertes d'une feuille de mackintosh et imbibées de la solution classique de fleurs de sureau mélangée par parties égales avec l'eau boriquée à 50 °/o, l'eau phéniquée à 5 °/o, ou la solution de sublimé à 2 °/o.

Enfin, voici les topiques antiseptiques recommandés par Besnier et Vidal:

1o Emplâtre de diachylon.....	20 gram.
Minium	2 gr., 50
Cinabre.....	1 gram.

On applique cet emplâtre en petits morceaux, on renouvelle tous les jours ces derniers en faisant précéder chaque pansement d'une lotion avec solution d'alcool camphré.

Dans les impétigos étendus ou généralisés, il faut employer les bains antiseptiques additionnés de 1 à 4 gram. de sublimé, ou encore les lotions avec la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau tiède.

Enfin, il ne faut jamais oublier le traitement général : huile de foie de morue, iodiques ferrugineux, alcalins, arsénicaux, etc.

Revue de clinique et de thérapeutique.

—Il est aussi difficile de conserver une clientèle que de la faire.

—Tous les titres scientifiques ne valent pas, pour un praticien, une certaine habileté à se faire valoir.

—Le public, en médecine, comme en toutes choses, court aux hâbleurs et se détourne des modestes.

—Beaucoup de malades guérissent sans nous ou malgré nous ; le comble de l'art est de nous faire attribuer tout l'honneur de leur cure.

—Contradiction curieuse: le public qui court aux spécialistes n'admet pas qu'un médecin ne soit pas universel ; c'est pour lui une déchéance souvent définitive que de se récuser dans un cas difficile.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Germain Sée.*

P.—Poudre de racine de belladone..... $\frac{1}{6}$ grain
Poudre de Dover..... $\frac{1}{2}$ "
Soufre sublimé..... 4 grains
Sucre blanc.....10 "

M.—A prendre en une seule dose, de deux à dix fois par jour, suivant l'âge du malade et l'effet produit.—*Journal de médecine de Paris.*

VEILLARD conseille de badigeonner le pharynx et les amygdales avec une solution à 5 % de cocaïne.

Goutte.—*Loomis.*

P.— Extrait de colchique.....
" d'aloès.....
Ipécacuanha.....
Calomel..... ãã 1 grain
Extrait de noix vomique..... $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ "

M.—Pour une pilule, à prendre toutes les quatre heures à effet purgatif.—*Medical Age.*

Fétidité de l'haleine.

P.—Café torréfié..... 75 grammes
Charbon de bois pulvérisé.....
Poudre d'acide borique..... ãã 25 "
Saccharine..... 65 centigram.
Teinture de vanille..... q. s.
Mucilage..... q. s.

Faire des pastilles de 70 centigrammes chacune. — *American Druggist.*

Catarrhe gastrique.—*Waugh.*

P.—Carbonate de soude..... 2 drachmes
Vin d'ipécacuanha.....
Extrait fluide de rhubarbe..... 2 drachmes
Sirop de rhubarbe..... q. s. pour 3 onces

M.—*Dose :* Deux cuillérées à the dans un verre d'eau chaude une heure avant chaque repas.—*Medical Age.*

Vomissements.—*Randolph.*

P.—Créosote..... 20 gouttes
Acide acétique..... 40 "
Sulfate de morphine..... 2 grains
Eau..... 2 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé toutes les demi-heures pendant deux heures.—*Saint Louis Medical Journal.*

Digitized by Google

Varices.—*Kobert.*

P.—Chlorure de barium..... 23 grains
Eau distillée..... q. s.
Lanoline..... 3¼ drachmes
Huile d'amandes douces..... 1¼ "

M.—En frictions sur les veines trois fois par jour.—*Medical Standard.*

Métrorrhagie.—*Gallard.*

P.—Ergot..... 2½ drachmes
Sous-carbonate de fer..... 2½ "
Sulfate de quinine ..... ½
Extrait de digitale..... 15

M.—Faire 100 pilules.—*Dose :* Deux pilules avant chaque repas.—*Pacific Medical Journal.*

Hémicranie.—*Liégeois.*

P.—Sulfate de quinine ..... 25 grains
Salicylate de soude..... 25 "
Chlorhydate de morphine..... ¼ "

M.—A priser toutes les demi-heures ou toutes les heures.—*Lyon médical.*

Névralgies superficielles.—*Garretson.*

P.—Aconitine ..... 2 grains
Vératrine..... 4 "
Huile de croton..... 2 gouttes
Huile d'olive..... 2 drachmes

M.—En applications deux fois par jour.—*Columbus Medical Journal.*

Herpès génital.—*Besnier.*

P.—Amidon..... 100 parties
Acide tannique..... 5
Sous-nitrate de Bismuth..... 1

M.—*St. Louis Medical Journal.*

Sueurs nocturnes.—*Nicolai.*

P.—Chloral..... 2 drachmes
Alcool.....
Eau..... ãã 3 onces.

M.—Eponger le corps tous les soirs avec ce mélange.—*Bulletin de thérapeutique.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, MARS 1889.

Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension.

Le traitement du tabes, toujours si peu satisfaisant au point de vue pratique, vient de s'enrichir d'un nouveau procédé thérapeutique qui, s'il semble singulier au premier abord, a du moins le mérite d'avoir donné, dans les cas où il a été employé, des résultats très satisfaisants. Nous voulons parler de la *suspension*, dont le Dr Motchovkowsky, d'Odessa, avait, dès 1883, signalé les avantages, et à laquelle M. Charcot vient, dans une de ses leçons cliniques à la Salpétrière, de prêter le double appui de son nom et de son merveilleux savoir.

Le procédé consiste à suspendre le malade à l'aide de l'appareil imaginé par Sayre pour placer le corset qui porte son nom et qui est appliqué pour le redressement des déviations du rachis. La durée de chaque séance est toujours progressive, depuis une demi-minute jusqu'à quatre minutes au maximum. On répète les séances tous les deux jours, car il a été reconnu qu'une application plus fréquente ne donne pas de meilleurs résultats. Les points d'appui durant la suspension sont le menton, la nuque et les aisselles, et pour que la traction exercée sur la colonne vertébrale soit plus effective, le patient est invité à soulever les bras toutes les quinze ou vingt secondes.

Quant aux résultats, les voici, tels qu'obtenus chez quatorze tabétiques confirmés : amélioration de l'incoordination des mouvements, du signe de Romberg, des troubles vésicaux (incontinence, etc), des douleurs fulgurantes, de l'impuissance, de l'engourdissement et de l'anesthésie des pieds. Chez les malades de M. Charcot, l'abolition des réflexes rotuliens et les signes pupillaires n'ont jamais été modifiés par la suspension.

Quel sort est réservé à ce nouveau mode de traitement de l'ataxie, c'est ce qu'un avenir assez prochain nous dira sans doute. En même temps pourra s'élucider cette autre question : quel est le mode d'action de la suspension dans ces cas ? Sur ce dernier point, M. Charcot n'a pas formulé d'opinion. La suspension agit-elle en modifiant la circulation de la moelle ou par l'élongation des nerfs qui en émanent ? Nous n'entreprendrons pas de résoudre un problème sur lequel le Maître juge à propos de rester indécis.

Digitized by Google

Traitement du croup.

Dans un éditorial écrit avec cet esprit pratique qui caractérise nos voisins, notre éminent confrère du *Medical Register* préconise dans le traitement du croup deux médicaments qui ne sont pas, que nous sachions, très souvent prescrits dans ces cas parmi la majorité des praticiens dans notre province : le sulfate de quinine et le sulfure de calcium.

Le sulfate de quinine est prescrit de préférence au début de la maladie, quand surviennent les accès de dyspnée, à dose de deux grains, et donne lieu parfois à un soulagement presque immédiat. Dans l'intervalle des accès, l'auteur remplace le bon vieux sirop d'ipécacuanha (dont on abuse parfois trop) par le sulfure de calcium à dose de 1/10 gr. toutes les heures.

Le traitement, comme on le peut voir, se recommande par sa grande simplicité, et bien qu'on ne puisse pas donner de son mode d'action une explication entièrement satisfaisante, rien ne s'oppose à ce qu'on le mette à l'épreuve pour combattre une maladie contre laquelle la thérapeutique est trop souvent impuissante ou désarmée.

L'assemblée triennale du Collége des Médecins et Chirurgiens.

L'assemblée triennale du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec se tiendra en juillet prochain, à Québec. Le but de l'assemblée est, comme chacun le sait, l'élection des gouverneurs devant composer, pour trois ans, le Bureau provincial de médecine, et la discussion des intérêts généraux de la profession. Seuls, auront droit de voter à l'élection, les médecins qui auront payé toutes leurs redevances au Collége jusqu'au 1er juillet 1889. Ainsi le veut la loi actuelle.

On nous dit que parmi les amendements que l'on proposera de faire subir à l'*Acte médical* de 1882 figurent en première ligne la création d'un Bureau central d'examinateurs, des dispositions pénales effectives contre les charlatans, et la détermination d'un tarif au maximum.

L'expérience du passé est là pour nous dire que ce n'est pas chose facile que d'amender la loi médicale. Il y a, au sein de la profession, tant d'intérêts divers et opposés, tant d'éléments de désaccord, que la tâche de concilier le tout devient d'une délicatesse extrême. Les amendements mentionnés plus haut faisaient partie du projet de loi rejeté par le Comité des bills privés il y a un an. Quelque forme qu'on leur donne et sous quelque couvert qu'on les présente, ils ne s'en imposent pas moins à l'attention sérieuse de tous ceux qui ont à cœur les véritables intérêts du corps médical

Digitized by Google

de la Province. Il nous faut un Bureau Central d'examinateurs, afin de protéger la profession: 1° contre un encombrement toujours menaçant; 2° contre l'admission de sujets incompétents; 3° contre l'admission trop facile de gradués venant des autres provinces ou de l'étranger. Quand les candidats à la Licence du Collége auront à passer tous par la même filière et à subir les mêmes épreuves, peut-être verra-t-on les universités accorder moins facilement leurs diplômes, et exiger de leurs élèves une somme de connaissances plus considérable et plus étendue. A coup sûr on verra la fin de cet étrange état de choses grâce auquel nos licenciés ne peuvent fouler le sol de la province voisine sans risquer d'être appréhendés au corps, tandis que les praticiens de la dite province ont toute liberté de venir nous enlever les clients à notre nez et en se moquant de nous.

Quant à l'importance de protéger la profession contre les charlatans et d'établir un tarif, elle saute trop aux yeux pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Petite correspondance.

Veuillez donc donner, dans votre prochaine livraison, la formule du sirop de Désessarts, employé dans le traitement de la coqueluche, et auquel a fait allusion M. le docteur Lachapelle dans sa revue de pédiatrie (UNION MÉDICALE, janvier 1889, p. 12,) et obliger

UN ABONNÉ de Québec.

R.--Le sirop de Désessarts se formule comme suit :

Poudre d'ipecacuanha	1 once
Feuilles de séné	3 onces
Thym	1 once
Pétales de coquelicot	4 onces
Sulfate de magnésie	3 "
Vin blanc	24 "
Eau de fleur d'oranger	24 "
Eau bouillante	96 "
Sucre blanc	qs

M. *Dose :* De deux à quatre cuillerées à thé pour un jeune enfant. Une cuillerée à soupe pour les enfants au-dessus de cinq ans.

Un médecin établi depuis quinze ans dans la partie Est de la ville de Montréal désire céder sa clientèle avant son départ prochain pour l'Europe. Poste excellent. Clientèle canadienne-française. L'ameublement complet de la maison sera aussi à vendre. Possession immédiate ou au 1er mai 1889. Pour plus amples informations, s'adresser à la *Rédaction de l'*UNION MÉDICALE DU CANADA.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

FORT.—**Nouveaux faits confirmant l'efficacité de l'Electrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.** Procédé rapide et inoffensif. Deuxième mémoire, par le Dr J. A. Fort, Paris, 1888, Emile Le Lecrosnier et Babé, éditeurs, Place de l'Ecole de Médecine.

BOURNEVILLE.—Vient de paraître, aux bureaux du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes, **Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1887, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre ; SOLLIER, PILLIET, RAOULT, *internes du service* et BRICON, *conservateur du musée.* Un beau volume in-8° de LX-264 pages avec 27 figures dans le texte.—Prix 5fr ancs.

CHARCOT.—**Maladies des Poumons et du Système Vasculaire,** par le professeur J. M. CHARCOT, Tome V des Œuvres complètes. Un beau volume in-8° de 640 pages, avec 51 figures dans le taxte et 2 planches en chromo-lithographie.—Prix 15 francs.

WILLIARD. — *Osteotomy for anterior curves of the leg, by* DR FOREST-WILLARD, *University of Pensylvania.*

BUCKLEY.—*On the relation between the General Practitioner and the consultant or specialist, by* L. DUNCAN BUCKLEY, M. D. *Journal of the American Medical Association, Chicago.*

Once a Week.—Comme journal hebdomadaire illustré, *Once a Week* n'est surpassé par aucune autre publication de ce genre aux Etats-Unis. Le lecteur y trouve à la fois une littérature de premier ordre, des nouvelles en tout genre, et l'*humor* le plus fin et le plus délicat. Les gravures sont excellentes et la typographie parfaite. Le No. du 16 mars contient une belle gravure *idéalisant* l'annexion du Canada aux Etats-Unis.

Abonnement, $4.00 par an payable d'avance, ou $4.20 payable dans l'année.

Adressez : F. X. COLLIER, 104 à 110, Attorney St., New-York.

—Science et succès ne vont pas nécessairement de pair ; il y faut l'appoint de la chance.

—On dit de tel médecin : c'est un sot fieffé, un homme ridicule, et, au premier dérangement, on se suspend à sa sonnette.

Digitized by Google

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les examens semi-annuels du *Montreal College of Pharmacy* auront lieu à Montréal, du 9 au 12 avril prochain.

Par son testament, feu M. Alex. Murray, président de la compagnie de navigation de Richelieu et Ontario, a légué au *Montreal General Hospital* la jolie somme de $750,000.

Un Congrès international de jurisprudence médicale se tiendra à New-York, le premier jeudi de juin 1889, sous les auspices de la *Société médico légale* de New-York. Le succès de l'entreprise ne fait pas de doute.

Les anciens internes de l'hôpital Notre-Dame viennent, de concert avec les internes actuels, de se former en société sous le nom d'*Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame*, pour des fins à la fois scientifiques et confraternelles. Les réunions ont lieu à l'hôpital, le troisième jeudi de chaque mois.

Le Bureau de l'Association, pour l'exercice 1889, se compose comme suit: Président, Dr H. E. DESROSIERS; vice-président, Dr A. R. MARSOLAIS; secrétaire-trésorier, Dr I. CORMIER; bibliothécaire, Dr M. T. BRENNAN.

Lors de la prochaine réunion, (21 mars), un travail sera présenté par M. le président, intitulé: *Observations en rapport avec l'emploi de la saignée dans la pneumonie.*

Congrès international de thérapeutique.—Sur l'initiative de la *Société de Thérapeutique* de Paris, le Ministre du Commerce a décidé qu'un Congrès international de thérapeutique et de matière médicale aurait lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889 et un comité choisi parmi les membres de la *Société de thérapeutique* a été institué pour l'organisation de ce congrès. Le Bureau de ce comité est composé comme suit: président, M. MOUTARD MARTIN; vice-président, M. DUJARDIN BEAUMETZ; secrétaire général, M. CONSTANTIN PAUL; secrétaire adjoint, M. le Dr G. BARDET.

Le Congrès se divisera en deux sections: 1o matière médicale et pharmacologie; 2o thérapeutique proprement dite.—Questions générales proposées: Antithermiques analgésiques.—Toniques du cœur.—Parasiticides des microbes pathogènes.—Drogues nouvelles d'origine végétale.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Le carême au point de vue hygiénique.

Quatre-Temps, Vigiles, jeûneras,
Et le Carême entièrement.

Nous n'avons pas à traiter ici cette question au point de vue religieux, puisque nous ne devons étudier que ce qui a trait à l'hygiène, mais il nous sera facile de montrer que le Carême est de la plus grande utilité, qu'il est indispensable même pour maintenir dans l'organisme l'équilibre qui est la condition *sine qua non* d'une bonne santé, équilibre qu'une foule de causes tendent à détruire à cette époque de l'année.

Quelles sont donc les raisons qui ont fait que tous les hommes de science, n'ayant d'autre parti-pris que celui de dire la vérité, ont proclamé hautement l'heureuse influence du Carême sur la santé des peuples, sous le rapport hygiénique? Elles sont de deux sortes.

Le Carême commence presque toujours vers le printemps. Or, le printemps, tout le monde le sait, est cette saison où tout renaît dans la nature. La sève monte dans toutes les plantes et leur redonne la vie. Tout fleurit à cette époque nouvelle de l'année.

Mais en même temps que cette exubérance de vie vient animer les plantes, les animaux sentent aussi que leurs organes sont fortement travaillés, surexcités. Le sang circule avec force et chaleur, on le sent pour ainsi dire bouillonner dans les veines ; la digestion s'opère à merveille, et il survient une véritable exubérance de vie, qui peut devenir un danger très sérieux pour la santé. C'est pour cela que l'on voit, à cette époque de l'année, le nombre des maladies s'accroître, et que beaucoup de personnes sentent qu'elles ont un besoin urgent de se débarrasser, au moyen de purgations, de cet excès de vie qui peut mettre leur santé en péril.

Or, le Carême se trouve justement placé au début même de cette saison critique, et il est facile de comprendre que les privations qu'il impose, et le régime particulier qu'il fait suivre, contribuent puissamment à modérer ce renouvellement de vie, qui peut être pernicieux, et à le maintenir dans de justes limites. Le Carême agit dans ce cas avec d'autant plus de sûreté qu'il constitue un vraie préservatif, et non un remède.

Telle est la première raison qui prouve l'utilité de ce temps d'abstinence au point de vue hygiénique. Voyons maintenant la seconde.

Le Carême vient à peu près vers la fin des fêtes de l'hiver. Pendant les longues soirées de cette saison si triste, on a beaucoup festoyé ; on a déjeuné chez l'un, on a dîné chez l'autre, et ainsi, pendant plusieurs mois, on a non-seulement mangé plus que de coutume, mais encore plus souvent qu'il ne le fallait. En outre, on s'est fatigué outre mesure, à cause des soirées, des bals, des théâtres. Le tube digestif, fort surmené pendant tout ce temps, a

Digitized by Google

été encore très irrité par l'ingestion de boissons plus ou moins alcooliques que l'on a bues, non-seulement parce qu'il faut boire plus que de coutume quand on est en société, quand on se trouve entre amis, mais aussi parce que les liqueurs alcooliques sont un peu nécessaires en hiver pour activer la circulation, remonter l'organisme, et lui permettre de réagir facilement contre le froid. C'est pour cette raison aussi qu'on a mangé des mets fortement relevés et échauffants.

Et dans les campagnes il en est de même. Si on n'a pas les bals, les théâtres, on a les nombreuses réunions de famille. Entre parents, on s'invite à tour de rôle pendant tout l'hiver, et, circonstance aggravante, on s'invite généralement lorsqu'on a tué le cochon, ce qui fait que, pendant deux ou trois mois, on se nourrit surtout avec une viande, saine à la vérité, mais fort lourde, échauffante, et qui fatigue inévitablement tous les organes digestifs. De plus, comme cette viande a besoin d'être arrosée, on boit, on boit sans cesse, on boit d'autant plus que, si le lendemain on n'est pas à l'aise, on a le loisir de se reposer, les travaux ne pressant guère pendant la froide saison.

Eh bien, pensez-vous, ami lecteur, que le Carême, arrivant justement aussitôt après cette série interminable de festins pantagruéliques, soit inutile ?

Quand, à la suite d'un travail exagéré, on ressent une fatigue extrême, on sait qu'on n'a qu'une chose à faire : se reposer. Eh bien, il en est de même dans le cas présent. Les organes digestifs ont été surmenés pendant plusieurs mois, ils demandent du repos, c'est-à-dire une nourriture plus légère, plus rafraîchissante, et surtout moins copieuse ; il faut leur donner ce qu'ils demandent si on veut continuer à se bien porter.

Le Carême est donc utile et nécessaire.

Primitivement, il était fort rigoureux. Aujourd'hui, il l'est beaucoup moins, quoique dans les campagnes on trouve encore certaines personnes qui passent les quarante jours sans manger un seul morceau de viande. Il est des personnes qui pensent que nous ne sommes plus assez robustes pour nous soumettre à une abstinence aussi sévère qu'autrefois. Nous n'avons pas à examiner cette question aujourd'hui. Nous dirons cependant que, dans les bourgs et les villages de la plus grande partie de la Grèce, de la Roumanie, de la Russie, ainsi que la plupart des îles, on fait presque exclusivement usage d'aliments d'origine végétale. A cause des pratiques religieuses, ils arrivent à faire maigre pendant plus de deux cents jours de l'année. Et cependant leur santé est généralement très bonne, leur stature et leur système musculaire sont très développés ; ils sont gais, lestes, et tout le monde sait qu'ils sont ordinairement beaux. Enfin, ils conservent bien leurs forces physiques pendant de longues années.

Il nous est donc permis de conclure : Jeûnons, faisons Carême, et notre santé ne s'en trouvera que mieux. Dr. H. VIGOUROUX.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

Les poisons et leurs antidotes ; premiers soins à donner aux empoisonnés ;

Leçon professée au " *Collège de Pharmacie de Montréal,*"

par H. E. Desrosiers, M. D.,

professeur de Matière Médicale et de Toxicologie.

Pour ne pas déroger à l'usage établi, nous allons consacrer la dernière leçon de ce cours à l'étude des poisons et à l'examen des moyens que nous avons à notre disposition pour en combattre les effets.

Ce n'est pas seulement au médecin qu'est utile ou nécessaire la connaissance des poisons et de leurs antidotes. Le pharmacien doit, aussi lui, être au courant de ce qu'il faut faire dans un cas d'empoisonnement, car c'est souvent à lui que l'on s'adresse pour les premiers soins, surtout si le poison, cause de l'accident, a été acheté à son officine. Or, de l'opportunité des premiers soins dépend très souvent le succès de tout le traitement.

Etant donné un cas d'empoisonnement aigu (nous ne parlerons pas ici, bien entendu, de l'intoxication chronique) le traitement se réduit à deux points principaux : 1o Faire rejeter le poison ; 2o Administrer les antidotes.

Le rejet du poison s'obtient, soit par des moyens purement mécaniques : titillation de la luette et de l'arrière-gorge par l'introduction du doigt ou d'une plume, d'un pinceau, etc., usage de la pompe gastrique, du tube de Faucher, etc., soit par l'administration des vomitifs : sulfates de zinc et de cuivre, tartre stibié, ipécacuanha, moutarde, apomorphine, et de liquides plus ou moins nauséeux : eau tiède, lait chaud, huiles d'olive, de lin, de foie de morue, etc. Les moyens les plus prompts en même temps que les plus faciles d'application sont toujours les meilleurs. La titillation de la luette est à la portée de tous et on doit y songer même avant que de donner les vomitifs. Quant à ceux-ci, on donne la préférence aux sulfates de zinc et de cuivre, qui agissent plus promptement que les autres, (20 grains de sulfate de zinc, ou 8 à 10 grains de sulfate de cuivre, en solution dans l'eau, donnés toutes les 15, 20 ou 30 minutes jusqu'à effet satisfaisant.)

Digitized by Google

Le rejet du poison par le vomissement doit être la règle dans le cas de tous les poisons non narcotiques. Douze ou quinze bons vomissements, pleins et entiers, suffisent ordinairement. Il va sans dire que si le malade a vomi abondamment déjà, il peut devenir inutile de faire vomir davantage. Il est également inutile, et parfois dangereux, de faire vomir quand, dans le cas d'un poison narcotique, comme l'opium, le chloral, etc., le malade est tombé dans le coma. Alors, le rejet du poison s'obtient au moyen de la pompe gastrique, grâce à laquelle on peut soutirer de l'estomac tous les liquides et poisons liquides ou dissous qui y sont contenus. La raison pour laquelle on ne doit pas tenter de donner un vomitif quand le malade est dans le sommeil comateux, c'est que les liquides administrés alors courent risque de s'introduire dans les voies respiratoires et de produire la suffocation. Celle-ci peut encore avoir lieu durant les efforts de vomissements, les matières vomies refluant dans le larynx. Enfin, dans l'état comateux, l'estomac est plus ou moins stupéfié, surtout dans le cas de l'opium, et ne réagit pas sous l'action d'un vomitif. L'emploi de la pompe gastrique doit donc être la règle pour les cas d'empoisonnement par les substances narcotiques, quand le malade est inconscient, et même, je dirais, dans tous les cas d'empoisonnement, chaque fois que les vomitifs n'ont pas chance d'agir, que le malade ait ou non sa connaissance parfaite.

L'administration des antidotes, et parfois aussi la dilution du poison, marchent de pair avec son rejet.

Les antidotes sont de deux ordres. Les uns, dits *chimiques*, neutralisent chimiquement le poison *dans l'estomac*, c'est-à-dire avant sa pénétration dans le sang. Les autres, appelés *dynamiques*, agissent après que le poison a été absorbé dans le sang, et produisent sur l'économie des effets opposés à ceux du poison. Comme exemple des premiers, je citerai les acides dilués qui sont antidotes chimiques des alcalis concentrés, l'albumine qui est l'antidote chimique du sublimé corrosif. Comme exemple des seconds, nous avons le chloroforme qui est l'antidote dynamique de la strychnine, etc.

La neutralisation du poison par les antidotes chimiques est presque aussi importante que le rejet, chaque fois qu'elle est possible. Elle doit se faire aussitôt que possible après l'ingestion de la substance toxique et être suivie, à bref délai, du rejet du nouveau composé résultant de la combinaison du poison avec l'antidote, puis, nouvelle dose d'antidote, puis encore nouveau rejet, et ainsi de suite tant qu'on n'a pas la conviction que le poison a été presque totalement neutralisé. Pour certains poisons, tels que les acides et les alcalis concentrés, le sublimé, l'efficacité des antidotes chimiques est indubitable. Pour d'autres, tels que les sels d'arsenic, les alcaloïdes, elle est pour le moins douteuse et dans tous les cas, assez incertaine, car il ne faut pas croire que les choses se passent

Digitized by Google

toujours dans l'estomac comme dans un alambic ou dans une cornue.

Il est des poisons pour lesquels la simple dilution au moyen de l'eau ou autre liquide est aussi importante que la neutralisation chimique: c'est le cas pour les acides et les alcalis concentrés que l'on dilue très facilement au moyen de l'eau pure avant d'en opérer le rejet par les vomissements. Cette dilution peut se faire conjointement avec l'administration des antidotes.

L'administration des antidotes dynamiques est toujours consécutive au rejet du poison. Leur mode d'action n'est pas toujours susceptible d'une explication plausible, et leurs effets ne sont pas toujours aussi merveilleux qu'on le croirait. En effet, si l'antagonisme existe pour les doses physiologiques, il n'existe pas toujours pour les doses toxiques, et c'est tant pis.

Nous allons maintenant passer en revue les poisons les plus usuels et indiquer brièvement le traitement à leur opposer, en nous aidant toujours des considérations qui précèdent:

Acides concentrés:—Diluer le poison au moyen de l'eau pure ou mieux d'une eau alcaline, et le neutraliser chimiquement au moyen d'un alcali dilué: chaux, mortier, (au besoin, *dégrader* le mur), bicarbonates de potasse et de soude, ammoniaque, magnésie, craie, puis faire rejeter le tout. Subséquemment, boissons mucilagineuses, émollientes, huiles fixes, etc, pour combattre l'irritation de l'estomac. S'il survient des symptômes de dépression, coma, etc, comme dans le cas de l'acide phénique, de l'acide oxalique, etc, stimuler avec l'alcool, l'éther, la caféine, etc.

Alcalis concentrés:—Diluer le poison au moyen de l'eau pure ou mieux d'une eau acidulée, et le neutraliser chimiquement au moyen d'un acide dilué: vinaigre (on l'a toujours sous la main), acide sulfurique, jus de citron, etc., puis faire rejeter le tout. Subséquemment, boissons mucilagineuses, émollientes, huiles fixes, etc., pour combattre l'inflammation de l'estomac. Si le collapse survient, stimuler, comme pour les acides.

Arsenicaux, surtout l'*acide arsénieux* et le *vert de Paris*:—Rejet par titillation de la luette et émétiques (sulfates de zinc et de cuivre). Comme antidotes chimiques: magnésie hydratée ou calcinée, fer dialysé additionné d'ammoniaque, puis faire rejeter le tout. Boissons mucilagineuses, morphine pour calmer la douleur, puis, s'il le faut, stimuler.

Antimoniaux, surtout le *tartre émétique:*—Pas de vomitif, le poison étant à lui-même son propre émétique. Faciliter les vomissements au moyen de l'eau tiède. Comme antidotes chimiques: tannin, acide gallique ou toute substance qui en renferme, acides végétaux. Puis, stimuler, car l'antimoine est un déprimant énergique.

Digitized by Google

Sublimé corrosif :—Rejet du poison par vomitifs. Comme antidote chimique : albumine (blanc d'œuf), lait. Puis, traiter les symptômes locaux et stimuler.

Nitrate d'argent :—Emétiques. Comme antidote : chlorure de sodium.

Chlore et solutions concentrées d'hypochlorites :—Emétiques. Comme antidotes : albumine, lait, amidon.

Sulfates de zinc et de cuivre :—Pas d'émétiques, les poisons étant à eux-mêmes leur propre remède. Comme antidotes : albumine, bicarbonate de soude.

Iode :—Emétiques. Comme antidotes : amidon et substances qui en renferment.

Acétate de plomb :—Emétiques. Comme antidotes : acide sulfurique, dilué et sulfates solubles, albumine. Le reste du traitement comme pour arsenic.

Phosphore :—Emétiques. Comme antidotes : essence de térébenthine (acide). L'eau doit être préférée aux huiles pour faciliter le rejet du poison car elle ne dissout pas celui-ci. Boissons émollientes. On a recommandé les purgatifs.

Opium et morphine :—Rejet par émétiques si on est appelé assez tôt, ou mieux par pompe gastrique surtout s'il y a coma. Comme antidote chimique : tannin (action incertaine et peu sûre). Puis, stimuler en donnant les antidotes dynamiques : caféine (en injection hypodermique), infusions concentrées de thé et café (en injection rectale), alcool, ammoniaque (injection rectale). Ether, strychnine, atropine (sous la peau). Frictions stimulantes ; rubéfaction, (sinapismes) ; réveiller la sensibilité (fer rouge, flagellation) ; faire marcher le malade si possible ; en dernier ressort : respiration artificielle, application du courant électrique.

Chloral :—Mêmes moyens que pour opium, sauf tannin. On a conseillé, de plus, la picrotoxine dont 1/20 gr. représenterait la dose nécessaire à la neutralisation des effets produits par 30 grains de chloral ; strychnine.

Belladone, Jusquiame, Datura, et leurs alcaloïdes :—Emétiques ou pompe gastrique. Comme antidote chimique : tannin. Comme antidotes dynamiques : opium à petites doses (?) chloral (?) pilocarpine, fève de Calabar ; purgatifs (?).

Digitale, Aconit, Conium, Lobélie, Tabac :—Emétiques, puis stimulants internes et externes. Pour le tabac : strychnine ; pour l'aconit et le conium : respiration artificielle ; pour la digitale : position couchée.

Digitized by Google

Chanvre indien :—Emétiques ou pompe gastrique. Comme antidotes chimiques: acides végétaux (citrique et acétique). Puis stimuler avec alcool. Laisser dormir le malade. Vésicatoire à la nuque.

Acide prussique et cyanures :—Le traitement est d'ordinaire peu efficace, et, au reste, on n'a guère le temps de l'instituer. Si on est appelé assez tôt, on peut administrer, comme antidote chimique, l'oxyde de fer fraîchement précipité avec un carbonate alcalin. Sinon, affusions froides à la face, électricité, respiration artificielle.

Cocaïne :—Emétique et pompe gastrique. Stimuler le système nerveux et congestionner le cerveau : alcool, opium, caféine, nitrite d'amyle, position horizontale.

Colchique :—Emétique, puis stimuler : alcool, café, ammoniaque, morphine (en injection hypodermique) ¼ à ½ gr.

Cantharides :—Emétique et pompe gastrique, faire boire de l'eau de préférence aux huiles, puis rejet Boissons émollientes. Opium, camphre, purgatifs, fomentations chaudes, bains de siège.

Huile de croton et autres drastiques violents :—Emétiques ; boissons émollientes, opium, bains chauds.

Noix vomique et strychnine :—Rejet par émétiques de préférence à la pompe gastrique: puis calmer les convulsions tétaniques par chloroforme, éther (inhalés), chloral, bromures, morphine, tabac, aconit, conium, etc.

Chloroforme, éther, etc :—L'empoisonnement est ordinairement consécutif aux inhalations. S'il y a asphyxie, cesser toute inhalation, air pur et frais, respiration artificielle. S'il y a syncope : cesser les inhalations; air pur; inversion du malade, la tête en bas, stimuler au moyen de l'éther, caféine, alcool, ammoniaque, (en injection hypodermique), digitaline, atropine (en injection hypodermique), inhalations de nitrite d'amyle, électricité.

Contre les vomissements de la grossesse, le docteur Popp [*Pester. med. Presse*, 1888] a obtenu de bons succès de l'emploi de l'ingluvine. Dans un cas presque désespéré il prescrivit 8 grains d'ingluvine, à prendre une demi heure avant chaque repas, et à faire suivre, immédiatement après, de deux cuillerées à soupe d'une solution [1 p. 100] d'acide muriatique. La guérison était obtenue au bout de trois semaines.

Digitized by Google

REVUE DE PÆDIATRIE

A travers mes livres;

par SEVERIN LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Purgatifs.—Les laxatifs et les cathartiques sont les seuls purgatifs de la thérapeutique infantile.

Laxatifs.—Je ne mentionne que les principaux:

Huile d'amandes douces et huile d'olive.—C'est le purgatif des nouveau-nés. Dose: une demi-cuillerée à café, seule ou mêlée à quantité égale d'huile de ricin.

Manne et mannite.—La première se donne à la dose de 10 à 30 grammes, la deuxième de 5 à 15 centigrammes. Soluble dans l'eau et le lait, agréable au goût, la manne est le purgatif familier de la seconde enfance.

Sirop de chicorée.—Dose, pour un enfant d'un an: une demi cuillerée à thé.

Cathartiques.—*Magnésie calcinée*—Aux enfants de deux ans, la dose sera une cuillerée à café, délayée dans de l'eau très sucrée.

Citrate de magnésie.—60 grammes dans un demi-verre de limonade constituent la dose pour un enfant de quatre à cinq ans.

Crême de tartre ou *Bitartrate de potasse.*—Deux grammes dans un verre d'eau. On peut l'associer à d'autres substances purgatives. La formule suivante convient particulièrement aux enfants affectés d'épanchements pleuraux ou d'œdèmes ne se rattachant pas à une affection rénale:

Bitartrate de potasse.....	2	grammes.
Oxymel scillitique.....	3	"
Sirop de chicorée.....	3	"

Calomel.—Purgatif. Dose: enfant à la mamelle..... 0.05
Altérant. Dose: " " 0.01
Contre la constipation des petits syphilitiques, 0.01 à 0.02 par jour.

N'oubliez jamais que le sel marin et les acides doivent être proscrits pendant la prise du calomel.

Rhubarbe.—C'est un purgatif et un stimulant de l'appétit; son usage est précieux dans bien des cas de dyspepsie accompa-

Digitized by Google

gnée de constipation, d'embarras gastrique, etc. Dose: 0.05 avant le repas. Le vin de rhubarbe est préférable, associé avec du vin de quinquina ou le sirop d'écorces d'oranges amères.

Chez les enfants souffrant d'atonie des voies digestives, on pourra administrer le bitter suivant, à la dose de 10 gouttes dans un peu d'éau froide:

Teinture de cascarille	10	grammes.
" de rhubarbe	10	"
" de cannelle	10	"
" de colombo	10	"
" de gentiane	10	"
" de noix vomique	10	"

Nul doute que les purgatifs, comme les vomitifs, doivent être administrés avec prudence; "la coutume banale de faire vomir et de purger les enfants à propos de tout, sans utilité et sans indication, est souvent la cause de désordres gastro-intestinaux dont on a ensuite bien de la peine à triompher." (Blache.) Cette réflexion de Blache, qu'il nous donne comme un avertissement salutaire, doit nécessairement guider le praticien; la connaissance des écueils et des récifs de la mer ne doit pas tenir le matelot cloué au rivage, mais bien assurer sa marche, il en est ainsi pour le médecin de l'enfant, l'abstention est certes souvent fatale, et l'intervention mesurée est le salut.

Ainsi, dans les affections cérébrales, les purgatifs sont des dérivatifs puissants dont l'action doit être continuée pendant assez longtemps quelquefois.

Dans les éruptions cutanées, au contraire, les purgatifs seront administrés avec beaucoup de ménagement, leur emploi inconsidéré pouvant alors déterminer des colites souvent graves.

Lavements.—Le purgatif, comme tous les autres médicaments d'ailleurs, peut être donné en lavement. Voici quelques règles à suivre au sujet de ce mode d'administration des médicaments dans la thérapeutique infantile:

"Le praticien ne doit pas oublier la facilité avec laquelle se fait l'absorption dans le gros intestin; aussi faut-il toujours mesurer soigneusement les doses et les donner, d'une manière générale, égales à celles qu'on administre par la voie gastrique. Cette règle ne concerne, bien entendu, que les médicaments à prendre en une seule fois. Il est évident que le lavement ne devra jamais renfermer la dose totale que contiendrait une potion à prendre par cuillerées plus ou moins espacées. Autre chose est, par exemple, d'ingérer dix gouttes de laudanum en une seule fois, par le rectum, ou de les introduire dans l'estomac par potions modiques et espacées.

"Les lavements se donnent tièdes; la quantité d'excipient est variable suivant l'âge. Si le lavement a pour but de provoquer

Digitized by Google

des évacuations alvines, il faut employer pour les très jeunes enfants environ 60 à 90 grammes de liquide; pour les enfants de deux à cinq ans 120 à 180 grammes; pour ceux de cinq à huit ans, 240 grammes. Si l'on désire que les lavements soient conservés et absorbés, la dose de l'excipient doit être, pour les petits enfants, de 60 grammes seulement, et de 120 grammes pour les plus âgés, suivant le but que l'on se propose.

"Il est souvent nécessaire de faire précéder le lavement qui doit être absorbé par un lavement émollient de volume ordinaire destiné à évacuer les matières contenues dans l'intestin, à nettoyer la surface d'absorption, à émousser l'excitabilité de la muqueuse et à mettre le rectum en mesure de garder le liquide médicamenteux." (Barthez).

De la cure radicale de la hernie ;

par le docteur M. MITIVIER,

de Holyoke, Mass.

Je n'ai pas l'intention de faire une longue dissertation sur les hernies. Je viens seulement vous décrire aussi succinctement que possible l'opération préconisée par Heaton, de Boston, il y a déjà plus de quarante ans.

Ce qu'il y a de plus surprenant c'est que cette opération ne soit pas mieux connue. J'ai souvent lu des essais sur le sujet des hernies, qui ont paru dans les colonnes intéressantes de L'UNION MÉDICALE, à diverses époques, et j'ai remarqué qu'on n'y a jamais fait allusion. Pourtant elle était pratiquée sur une grande échelle par l'auteur dès 1846, et son mode opératoire était déjà connu du public. Heaton est même passé en Europe de 1858 à 1860 et en a fait l'expérience dans plusieurs hôpitaux.

Après lui, les docteurs Warren, Davenport, Hufeland et autres, ont opéré avec succès des centaines de fois. Pourquoi n'est-elle pas mieux connue et mieux appréciée ? Je ne le sais pas. Je ne peux pas comprendre pourquoi on en fait si peu de cas. Pourtant, de toutes les méthodes qui devraient se généraliser, c'est certainement celle-là qui est la plus facile, la moins douloureuse et la moins dangereuse.

La preuve qu'elle est sans danger, c'est qu'elle a été pratiquée plus de mille fois, sans cependant présenter un seul symptôme grave.

Maintenant, quant à son efficacité, les statistiques parlent par elles-mêmes. Heaton a fait l'opération plus de sept cents fois et dit n'avoir eu qu'une quinzaine de cas qui n'ont pas été soulagés.

Digitized by Google

Warren, Davenport, Hufeland et autres disent que l'opération a failli à peu près huit fois sur cent. On ne peut certainement pas espérer un meilleur résultat, quand on considère, surtout, que certaines hernies sont beaucoup plus rebelles les unes que les autres, telles que les hernies fémorales, ombilicales, celles qui ont acquis un volume énorme, etc., dont le canal contient peu de tissus tendineux.

Car il ne faut pas perdre de vue que c'est de la présence, en plus ou moins grande quantité, de ces tissus, que dépend la clef du succès. Premièrement, parce qu'ils contiennent peu de sang et beaucoup de lymphe plastique; deuxièmement, parce que la lymphe a une tendance à s'assimiler aux tissus d'où elle provient. Ainsi, plus le canal en contient, plus l'exsudation est abondante et par conséquent plus on a de chance de réussite. C'est en irritant ces tissus que l'on produit une exsudation du fluide plastique qui se dépose sur les parois du canal et s'organise, et qui a pour effet de donner plus de force aux tendons et aux aponévroses. Le volume du canal se trouvant ainsi diminué, et les parois étant plus fortes, offre naturellement plus de résistance à la pression intestinale et par conséquent à la sortie des intestins.

Mais pour obtenir ce résultat il faut que l'irritation s'arrête au seuil de l'inflammation; car en allumant celle-ci, on s'expose à provoquer l'absorption du dépôt plastique, quelquefois la suppuration et souvent la désorganisation des tissus. Ainsi l'opération consiste seulement à injecter dans le canal herniaire un fluide irritant afin d'exciter une exsudation de lymphe qui puisse rester en place et s'organiser.

Après huit ans d'expériences, Heaton a choisi en dernier lieu l'extrait aqueux du Quercus alba, auquel il ajoute un grain de morphine par once, comme étant le remède qui a donné les meilleurs résultats. Quelques-uns, depuis, ont vanté l'alcool. Mais peu importe quelle est la substance, pourvu qu'on ne provoque pas d'inflammation.

L'injection se fait avec une seringue adaptée à cette fin. Celle de Davenport est la plus en usage. Elle ne diffère de la seringue hypodermique ordinaire que par l'aiguille qui est terminée par une petite lame coupante, et par son conduit qui se termine par une ouverture de chaque côté de la lame.

Maintenant, voici comment l'on procède à l'opération. Il faut d'abord préparer le malade en lui donnant, la veille, un purgatif; et il faut que la hernie soit réductible. Le patient étant couché sur le dos, les genoux fléchis sur l'abdomen, on réduit la hernie. L'index de la main droite est introduit dans le canal inguinal, suit le cordon spermatique jusqu'à l'ouverture abdominale externe. En même temps l'index de la main gauche est poussé du dehors, dans cette ouverture et quand les deux index se sont rencontrés on retire la main droite pour saisir la seringue qui est chargée de l'extrait

Digitized by Google

fluide du quercus alba, et on enfonce la pointe de l'instrument à travers les téguments, jusque dans le canal. Là, on dirige l'aiguille à droite et à gauche, en faisant l'injection, afin de saturer toutes les parties à la portée de l'aiguille. L'injection terminée, on place une compresse dans l'aine que l'on maintient avec un bandage fort, de six ou sept pouces de largeur. On doit ordonner le repos absolu pendant plusieurs jours.

Si la douleur menaçait une trop forte réaction, on ferait des applications d'eau froide, et on donnerait un opiacé.

Le bandage doit être maintenu pendant deux ou trois semaines et être remplacé par un bandage herniaire qui devra être porté pendant quatre ou cinq mois.

Voilà le sommaire de cette opération qui pourrait rendre de si grands services à l'humanité, si on ne la laissait pas tomber en désuétude.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

Notes recueillies par M. D. L.

Dans les affections mitrales, le pouls est toujours régulier tant que dure la compensation. (Prof. LARAMÉE.)

Ordinairement, les *laryngites* surviennent de préférence chez les sujets prédisposés à la tuberculose. (Prof. LARAMÉE).

Dans les *métrorrhagies* dues à des fongosités utérines de nature bénigne, il y a peu ou pas du tout de douleurs. (Prof. BRENNAN).

Un très grand nombre des femmes atteintes de *péritonite puerpérale* sont sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse. (Prof. LARAMÉE).

Dans la *vulvite vermineuse* : lavages à la lotion noire, toutes les 4 ou 5 heures, suppositoires à l'iodoforme. Toniques généraux. (Prof. BRENNAN).

Dans les cas de *ménorrhagie* ou de *métrorrhagie* ayant résisté aux moyens ordinaires, on obtient parfois des résultats inespérés, par l'emploi de la teinture de noix vomique, à dose d'une goutte toutes les ½ heures. (Prof. DESROSIERS.)

Digitized by Google

Les *métrorrhagies* sont fréquentes dans la blennorrhagie du col utérin. Traitement: curage minutieux; dilatation rapide mais modérée du col; application de collodion iodoformé. (Prof. BRENNAN.)

Le nombre des *affections de l'oreille moyenne*, serait réduit dans une proportion considérable si la muqueuse nasale et pharyngienne n'était pas si souvent le siège d'inflammation. (Prof. FOUCHER.)

Très souvent les enfants que l'on voit contracter la *diphthérie* sont des sujets tuberculeux. La plupart de ces tuberculo-diphthéritiques sont de *beaux* enfants, faisant la coquetterie de leur mère. (Prof. LARAMÉE.)

On ne doit jamais administrer conjointement avec de l'eau pure les teintures alcooliques des gommes-résines: tolu, gaïac, benjoin, chanvre indien. La seule forme liquide qui convienne à ces teintures est l'émulsion. (Prof. DESROSIERS.)

La *conjonctivite catarrhale* des enfants reconnait très souvent pour cause le séjour prolongé dans des habitations humides. Le premier soin doit consister à mettre le patient dans de meilleures conditions hygiéniques. (Prof. FOUCHER.)

Dans un cas *d'accident chloroformique*, la méthode de Nélaton (inversion du malade) doit être mise en œuvre avant tout autre moyen s'il y a syncope respiratoire ou circulatoire. Dans le cas d'asphyxie, pratiquer immédiatement la respiration artificielle. (Prof. DESROSIERS).

Un certain nombre d'affections *conjonctivales et cornéennes* sont dues à l'irritation réflexe causée par des dents cariées. Ce qui prouve l'exactitude de cet aphorisme, c'est la rapidité avec laquelle s'opère la guérison, du moment que la cause est enlevée. (Prof. FOUCHER).

M. le professeur LARAMÉE fait observer que les *convulsions* sont plus fréquentes au début de la scarlatine qu'au début de toute autre fièvre éruptive. D'ordinaire, les convulsions sont en rapport direct avec l'élévation de la température; chez l'enfant, elles remplacent le délire que l'on remarque plus souvent chez l'adulte.

Digitized by Google

L'antipyrine donne de bons résultats dans le traitement des *douleurs post-puerpérales* (*after-pains*). Elle n'expose pas, dit-on, aux hémorrhagies, et peut s'administrer peu de temps après la délivrance. La dose est de 15 à 20 grains, à répéter au bout de une heure et demie s'il est besoin. (Prof. DESROSIERS.)

Dans un cas d'*eczéma de la vulve* avec *intertrigo*, M. le professeur BRENNAN recommande la formule suivante :

Biborate de soude, 1 à 2 drachmes.
Huile essentielle de menthe poivrée, 5 à 10 minimes.
Eau, 8 onces.—M. En lotions.
Faire suivre de l'application d'onguent de cade composé.

M. le professeur BROSSEAU signale l'utilité de l'hydroscope pour déterminer la translucidité du liquide de l'*hydrocèle*. Il dit que, dans la classe ouvrière, il vaut peut-être mieux, la plupart du temps, faire une ponction tous les mois, opération inoffensive, du reste, que d'exposer les malades à perdre plusieurs jours de travail à la suite d'une injection pour cure radicale.

L'emploi de la *sonde utérine* exige la plus grande circonspection, une manipulation fort délicate, et des précautions antiseptiques rigoureuses avant et après son introduction. N'en faire usage que dans les cas d'absolue nécessité ; se fier de préférence au toucher vaginal, délicatement pratiqué, surtout s'il est aidé de la palpation bi-manuelle. (Prof. BRENNAN.)

D'une manière générale, le *speculum* ne donne que des renseignements bien limités, et, dans un service hospitalier, pourrait bien être cause de contamination. Le spéculum bivalve est préférable pour les examens et applications ordinaires ; celui de Fergusson pour les applications de liquides et de poudres ; celui de Sims pour les opérations et les pansements méthodiques. (Prof. BRENNAN.)

M. le professeur LARAMÉE insiste sur l'utilité de faire *l'analyse de l'urine* dans tous les cas d'affections chroniques. On est quelquefois surpris du résultat de cette petite expérience, attendu que la plupart des sujets souffrant de diabète ou de mal de Bright n'accusent pas, lors de leur première entrevue avec le médecin, les symptômes classiques de ces maladies. Celles-ci passeraient souvent inaperçues si l'analyse des urines n'était faite.

Dans un cas de *congestion utérine* consécutive à des excès vénériens, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant: Quinine, 4 grains toutes les 3 ou 4 heures ; suppositoires de mor-

Digitized by Google

phine (½ à 1 gr.), toutes les 4 ou 5 heures ; fomentations chaudes sur l'abdomen ; badigeonnages à l'iode morphiné sur les lombes ; repos absolu au lit. Aucune injection ni application vaginale. Purgatif salin, au besoin.

Dans le traitement des maladies organiques du cœur, aucun des nouveaux médicaments cardiaques : adonidine, spartéine, strophantus, n'a encore détrôné la *digitale*, ni ne saurait la remplacer dans tous les cas. N'était le danger d'accumulation et d'intoxication consécutive qu'elle comporte toujours, la digitale resterait sans rivale comme tonique du cœur. On doit toujours prescrire l'infusion de préférence à la teinture. Quand le rein est malade, la caféine remplace la digitale très avantageusement. (Prof. DESROSIERS.)

A propos des *fractures de jambe*, M. le professeur BROSSEAU fait les remarques suivantes : Dans les fractures indirectes, la lésion siége généralement à la partie inférieure du membre. Le déplacement se fait toujours dans le sens opposé aux muscles les plus forts. Souvent, pour constater l'existence de la fracture et percevoir la crépitation, il est nécessaire d'obtenir le relâchement musculaire par la position du membre ou l'anesthésie. L'existence d'une douleur localisée en un point ne manque pas d'importance. On ne doit appliquer d'appareils inamovibles que lorsque le gonflement a disparu. L'appareil de Scultet est celui qui s'emploie de préférence à l'hôpital ; c'est également celui qui se prête le mieux à toutes les indications. Dans tous les cas, il faut surveiller attentivement l'appareil, afin d'éviter les accidents dus à la compression, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 1er mars 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Obstruction osseuse de la cavité nasale.

Le docteur ROLLAND relate un cas d'obstruction osseuse congénitale de l'arrière cavité nasale gauche. La muqueuse des cornets de ce côté était atrophiée, les piliers du voile du palais congestionnés, la paroi postérieure du pharynx buccal granuleuse. Le malade, rhumatisant, a dans sa famille des antécédents de phthisie.

Digitized by Google

L'obstacle fut brisé à l'aide de la gouge et du maillet, aidés plus tard de l'action de fraises mues par un moteur électrique.

Six mois après, l'obstruction ne s'est pas renouvelée, et l'état de la muqueuse naso-pharyngienne s'est amélioré.

Le docteur FOUCHER fait quelques remarques relativement aux dangers pouvant résulter de l'emploi de la tréphine mue par un moteur électrique, surtout sur les parties postérieures des fosses nasales. L'accident qui peut se produire dans ces cas résulterait de la brusque perforation de l'obstacle osseux et de l'action de la tréphine sur la paroi postérieure du pharynx nasal.

Séance du 15 mars 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Bronchite et syphilis.

Le docteur BRENNAN rapporte un cas de bronchite survenue chez un malade ayant présenté, pendant le cours du traitement, des symptômes marqués d'une syphilis récente. Il se demande si des symptômes aussi accusés de vérole ont pu exister sans que la syphilis fût en cause. Le malade nie tout accident primaire. Cependant, dans le cours de deux mois, le patient a souffert de roséole, de rhumatisme articulaire, d'alopécie, de divers accidents cutanés à teinte cuivrée, et finalement, d'iritis plastique double. Le traitement antisyphilitique a été suivi de guérison.

Le docteur BROSSEAU émet l'opinion que certaines affections, telles que le rhumatisme, peuvent donner le change et faire croire à tort à l'existence de la syphilis. Dans le cas cité par le docteur Brennan, il a pu en être ainsi. Une affection étrangère a pu déterminer des métastases à la peau.

Le docteur CLÉROUX considère le cas comme devant se rapporter entièrement à la syphilis. La fièvre, la roséole et les autres affections secondaires typiques ont existé. Le chancre a dû exister aussi, encore que le fait ait été nié par le malade.

Les docteurs BARRY et CASGRAIN se rattachent également à cette opinion. Le docteur Barry ajoute que l'affection pulmonaire signalée au début de la maladie a pu être une manifestation syphilitique ayant précédé les accidents secondaires. Il dit avoir eu à traiter un cas de ce genre.

Le docteur FOUCHER fait remarquer que l'iritis qu'il a eu à traiter dans ce cas était plastique, simple, et devait coïncider dans un cas de syphilis normale avec la période s'étendant du 6e au 12e mois après l'apparition du chancre primitif. Tous les symptômes accusés par le malade ont été ceux de syphilis classique, sauf la rapidité dans l'apparition et la succession des manifestations secondaires. Ce serait, pour lui, une syphilis anormale parfaitement justifiable d'un traitement spécifique rigoureux.

Digitized by Google

M. le PRÉSIDENT attache généralement peu d'importance aux dires des malades. Les uns nient et sont syphilitiques, les autres font des confessions complètes et exagèrent la nature des lésions qu'ils ont présentées. Il ne faut pas se fier aux apparences, mais savoir reconnaître la syphilis à ses manifestations. Il (M. le président) se rattache donc à l'opinion générale en attribuant la syphilis comme cause des lésions observées chez le malade du docteur Brennan.

Lymphome du cou.

M. le PRÉSIDENT relate un cas de lymphome du cou. La tumeur pesait 7 livres et a été énucléée au moyen du doigt. La patiente est revenue quelque temps après avec un développement exagéré de la cavité abdominale faisant croire à l'apparition de tumeurs de même nature développées rapidement à cet endroit.

Intoxication saturnine.

Le docteur CLÉROUX relate sept cas d'empoisonnement par le plomb, observés dans cinq familles. L'un de ces malades est peintre et la cause est facile à trouver. Dans deux familles il a soupçonné l'usage des vases de cuivre dont l'étamage était défectueux. Dans les deux autres familles il ne voit que l'eau qui aurait pu produire cet empoisonnement. Il fait remarquer que depuis deux ans ils constate des cas de ce genre, à la même époque. Ce fait ne s'accorde pas avec l'expérience de Tanquerel qui a observé que les températures élevées favorisent l'intoxication Il se demande si on ne pourrait pas expliquer la production de ces intoxications à la fin de l'hiver par la diminution de la transpiration cutanee à cette époque.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 21 mars 1839.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

M. le PRÉSIDENT présente quelques observations relatives à l'

Emploi de la saignée dans la congestion pulmonaire et la pneumonie.

Observation I.—Mme H. B. est âgée de 62 ans. Tempérament nerveux; pâle, plus ou moins amaigrie; a eu 5 ou 6 enfants, couches heureuses et non compliquées.

Digitized by Google

Antécédents pathologiques.—Dilatation de l'estomac; calculs biliaires; nervosisme; cœur plus ou moins hypertrophié, vieux.

Le 25 août 1888, vers 7 hs. du soir, est prise de frisons suivis de toux et dyspnée. La toux est persistante, incessante; d'abord sèche, puis avec expectoration spumeuse et non colorée; dyspnée assez intense; pas de douleurs.

Vers 11 hs. même état. De plus, l'expectoration est *rosée*, presque uniformément, et abondante, toujours spumeuse. C'est vers minuit que je vois la malade, et constate ce qui suit: Dyspnée intense, respiration à 48 par minute; pouls 124; temp. 101° Fahr. Expectoration spumeuse et rose, abondante; sur toute l'étendue du thorax, des deux côtés, râles sous-crépitants innombrables, une véritable *pluie*, suivant l'expression de Peter, mais l'air pénètre partout dans les deux poumons. Le pouls est fort, plein, résistant. Légère cyanose de l'extrémité des doigts.

Traitement :—Saignée de 28 à 30 onces, (la malade étant couchée), arrêtée quand le pouls commence à faiblir quelque peu. Une heure après: Pouls 90. Respir. 30. Toux considérablement diminuée. Râles peu abondants. Expectoration spumeuse. Nausée, efforts de vomissements. Sinapisme à toute l'étendue de la poitrine. A l'intérieur, opium et digitale à petites doses.

Le lendemain, 26 août, à 10 hrs a. m. Pouls, 80 et fort. Temp. 99°. Respir. 24. Toux presque complètement disparue. Expectoration seulement spumeuse, pas rouge, et peu abondante. La malade se sent immensément soulagée. Le 27, elle descendait à la table de famille.

Observation II.—Le 20 décembre, la même malade est, vers minuit, après exposition au froid dans la journée précédente, prise de symptômes analogues à ceux éprouvés dans l'attaque précédente: Toux, dyspnée, expectoration spumeuse *blanche*.

Je la vois vers 4 hrs a. m.: Toux très prononcée, mais *pas aussi incessante* que la première fois. Respiration à 40. Pouls 125. Pas pris la température. Râles en pluie sur tout le thorax. J'opine pour la saignée, mais j'hésite un peu, la malade étant restée toujours faible depuis l'attaque de septembre.

M. le docteur Rottot la voit en consultation à 5 hrs, alors que l'état est le même que ci-devant, sauf que l'expectoration, toujours abondante, est rosée. Pluie de râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue des deux poumons. Sonorité normale.

La saignée est décidée, et, après ablation de 24 onces de sang [position assise], on cesse quand la malade se sent faible. Soulagement immédiat.

Je revois la malade à 9½ heures :

Pouls normal, fort et résistant. Température 99½. Respiration 22. Expectoration peu abondante, muqueuse, spumeuse, mais pas rosée.

Digitized by Google

Convalescence moins rapide que la première fois, la malade ne pouvant se lever qu'au bout de 5 ou 6 jours.

Observation III. — A. B., 25 ans, est pris, le dimanche matin, d'une pneumonie franche(à frigore ?) du lobe inférieur du poumon droit. Expectoration sanguinolente. Dyspnée pas très intense. Pouls 100. Temp. 100½.

Traitement : Aconit, sinapismes et fomentations. Du lendemain, lundi, au mercredi, la pneumonie évolue, suivant une marche envahissante et s'étendant au lobe moyen.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, le poumon gauche est envahi à son tour. Dyspnée *intense*, cyanose des extrémités, angoisse.

Les docteurs Laramée et Brennan voient la malade avec moi, et l'on décide, vu l'urgence, d'en venir à une saignée générale. On enlève à peu près 24 onces de sang. Soulagement marqué, et disparition des symptômes les plus alarmants, surtout de la dyspnée et de la cyanose.

La pneumonie du côté gauche n'alla pas loin et se limita à la moitié du lobe inférieur. Celle du côté droit, déjà étendue à tout le poumon, se termina par résolution dans le lobe inférieur, et par suppuration dans le lobe moyen. Il y eût plus tard expectoration purulente profuse, formation de vomiques ; la convalescence fut longue, périlleuse, mais le malade guérit finalement.

Ce qui précède doit confirmer une fois de plus le principe de thérapeutique, connu de tous, qui dit que, au début de la pneumonie, à la période de congestion, de même que dans la simple hyperémie du poumon, la maladie peut être positivement enrayée dans sa marche envahissante et *avorter* par la saignée judicieusement faite, quelque soit l'état d'anémie apparente ou réelle du sujet. Il est des cas, dit Peter, où le médecin le plus temporisateur a la main forcée par l'urgence.

On dira peut-être que dans les cas qui précèdent, surtout dans les deux premiers, on aurait pu obtenir le même résultat au moyen des médicaments : aconit, digitale, émétique. La chose est des plus improbables.

Le docteur Brennan se demande si, en admettant l'origine microbienne de la pneumonie, la saignée n'aurait pas une double indication au début de cette maladie : action antiphlogistique et élimination du microbe. L'action du microbe se trahissant par une dépression cardiaque, la saignée ne pourrait-elle pas être pratiquée lors même que le pouls ne serait pas un "pouls de saignée" ?

Suppositoires de glycerine.—*Walliczek.*

P.—Stéarine..... 10.0 grammes
Carbonate de soude..... 5.30 "
Glycérine.....135.0 "

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Traitement de la fièvre typhoïde.—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Ce traitement comprend une partie uniforme, toujours identique et applicable à tous les cas, complétée parfois de moyens inconstants, variables suivant les cas particuliers.

1° *Traitement uniforme.* — Dès que le diagnostic de dothiénentérie peut être affirmé, le malade est soumis au régime suivant : lait, un litre et demi à deux litres par vingt-quatre heures.

Un des premiers dangers fondamentaux de la typhoïde est l'insuffisance urinaire (qualité et quantité) ; le *lait* assure une diurèse convenable en même temps qu'il soutient les forces du malade. Tous les typhiques le prennent avec plaisir, même ceux qui n'en font jamais usage à l'état de santé. On complète le régime avec un peu de bouillon et surtout avec 250 grammes de vin de Bordeaux que le malade prendra pur ou coupé d'eau.

En même temps, on institue une médication *antithermique* qui modère la température en s'adressant à la chaleur déjà émise, en soustrayant pour ainsi dire une partie de cette chaleur. Il y a là une différence avec les antipyritiques qui modèrent la température en agissant sur les sources mêmes qui produisent la chaleur.

Le moyen antithermique par excellence, ce sont les *lotions froides* faites avec du vinaigre aromatique. Faire quatre lotions avec une température vespérale de 39°, six avec 39, 5, huit avec 40° et au delà; ces lotions peuvent être continuées jusqu'au début de la convalescence.

L'effet antithermique se manifeste par un abaissement de 0,70 à 1° durant l'espace d'une demi-heure à une heure. Cet abaissement temporaire ne manque jamais, et parfois au bout de quelques jours s'ajoute-t-il un abaissement permanent de toute la courbe.

En même temps, on donne une médication stimulante sous la forme suivante : rhum ou cognac de 40 à 80 grammes avec 3 à 4

Digitized by Google

grammes d'extrait de quinquina; si l'adynamie persiste, ajouter 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque; le tout dans un julep gommeux.

Si le catarrhe bronchique est intense, appliquer matin et soir 40 ventouses sèches au moins sur les membres inférieurs.

Tels sont le régime et la médication qni s'appliquent à tous les cas sans exception. Voyons maintenant les parties accessoires du traitement.

Les médicaments *accessoires* sont la *quinine*, l'*acide salicylique*, la *digitale*.

Les deux premiers sont des antipyritiques qui s'adressent à l'élément fièvre; la digitale n'est indiquée que dans les cas de faiblesse cardiaque.

Lorsque l'observation de deux ou trois jours prouve que l'abaissement produit par les lotions n'est pas suffisant, c'est que la fièvre est grave par elle-même et l'on aura recours aux autres antipyrétiques. Mais il ne faut pas juger de cette gravité seulement par l'élévation vespérale. En effet, un chiffre vespéral élevé ne signifie rien, et même une série de chiffres vespéraux oscillant entre 40, 5 et 41° peut être moins grave qu'une série oscillant entre 39,5 et 40. *Le plus ou moins de gravité se juge par la gravité matinale.*

Une bonne rémission doit être au moins égale à l'oscillation de la température. On appelle oscillation diurne la différence physiologique présentée par le corps humain le soir et le matin; cette oscillation varie normalement entre 0,8 et 1°.

L'antipyrétique le plus souvent employé est la *quinine* (jamais plus de trois jours de suite).

Premier jour, dose maxima : 2 grammes de bromhydrate de quinine divisés en paquets de 50 centigrammes ou de 25 centigrammes, à prendre dans du pain azyme de quart d'heure en quart d'heure, de sorte que la dose totale de 2 grammes soit absorbée en une heure.

L'élimination de la quinine étant très rapide, si on espace les doses, on n'aura pas cette accumulation du médicament, qui est nécessaire à son efficacité.

L'administration doit se faire sept à huit heures avant l'apparition de l'élévation de la température à modifier, soit matinale, soit vespérale. Liebermeister veut qu'on agisse toujours sur celle du matin. Il est raisonnable de se laisser guider par les indications.

Deuxième jour, 1 gr. 50 de bromhydrate.

Troisième jour, 1 gramme seulement.

Ne pas prolonger l'administration du médicament au-delà de trois jours, attendre le même laps de temps et recommencer de la même façon s'il est nécessaire.

L'acide *salicylique* s'emploie aux mêmes doses, aux mêmes moments et pendant le même temps que la quinine.

Digitized by Google

Son action sur la température est au moins égale à l'action de cette dernière. Il a une action plus directe sur la diurèse, car étant éliminé sous forme d'acide salicylurique il entraîne beaucoup de principes azotés. On obtient cette diurèse par le lait.

Il possède une action antiseptique supérieure à celle de la quinine.

Contre-indications absolues : faiblesse du cœur, lésions rénales, accidents cérébraux internes, alcoolisme, intensité des lésions thoraciques.

Digitale.—A la fin du deuxième septenaire, rarement avant, la fièvre étant modérée, on peut trouver un pouls petit, misérable; on ausculte le cœur, on constate la faiblesse de l'impulsion et un affaiblissement du premier bruit pouvant aller jusqu'à l'extinction. Dans ces cas, au traitement général on ajoutera la digitale : le premier jour 60 centigrammes en infusion dans les vingt-quatre heures, le lendemain 40, puis on suspend pendant deux où trois jours et l'on reprend s'il en est besoin.

S'appuyant sur la théorie que l'état infectieux général résulte de l'absorption faite au niveau de l'intestin des microbes ou de leurs productions (absorption continue dans les cas ordinaires et intermittente dans quelques cas exceptionnels), M. Jaccoud recommande de ne jamais combattre la diarrhée, de la provoquer au besoin, cette diarrhée évacuant les matières septiques et les soustrayant ainsi à l'absorption, mieux que toutes les méthodes d'antisepsie intestinale, dont le résultat le plus fréquent est trop souvent d'amener la constipation.—*Praticien.*

Passage des bactéries dans l'urine, par le docteur A. Berlioz. —Voici les conclusions de ce jeune médecin dans la thèse qu'il vient de publier :

Si maintenant il m'est permis de résumer rapidement les données qui résultent de mes observations et de mes expériences, je dirai :

1° Que dans les maladies infectieuses du domaine de la pathologie humaine, il est exceptionnel de constater la présence de l'agent pathogène dans l'urine.

2° Quand cela est, le passage des bactéries à travers le rein est d'autant plus facile que la lésion de cet organe est plus intense.

3° Les bactéries sont dans la plupart des cas la cause de la néphrite observée dans le cours de ces maladies.

4° L'idée qu'il existe une élimination des micro-organismes par l'urine dans la période critique des maladies d'une façon générale ne doit pas être reconnue comme vraie.

5° Dans les maladies expérimentales, si l'on observe souvent le passage des microbes dans l'urine des animaux, ce fait est le résultat des conditions dans lesquelles on opère, et ces conditions sont rarement réalisées en clinique.

Digitized by Google

6° La constatation seule de bactéries dans l'urine est bien insuffisante, il faut encore faire des cultures et des injections de ce liquide.—*Paris médical.*

De la fièvre typhoïde et de ses formes abortives; difficultés du diagnostic au début.—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Rien dans les premiers jours d'une forme abortive de la fièvre typhoïde, ne peut la faire distinguer, d'une façon certaine, de la forme vulgaire de cette même maladie: les deux formes se distinguent seulement par leur durée; leurs manifestations symptomatiques sont semblables. A partir du huitième jour, il est vrai, quelques indices sont fournis par la marche de la température, qui, dans la forme abortive commence à descendre plus tôt que dans la forme vulgaire; encore cette règle n'est-elle pas constante: il arrive parfois que, dans la première, la défervescence est brusque au lieu d'être graduelle; de sorte que, quarante-huit heures avant le début de la convalescence, les symptômes sont identiques dans les deux cas. On comprend dès lors l'embarras, la situation fausse du médecin, qui, après avoir à bon droit annoncé l'existence d'une fièvre typhoïde, se voit obligé, au huitième ou au dixième jour, de déclarer que le malade est guéri d'une affection dont tout le monde connaît la longue durée habituelle.

On a bien dit que la forme abortive est surtout fréquente chez les sujets jeunes, âgés de 16 à 28 et 30 ans, qu'elle atteint principalement le sexe masculin, qu'elle est l'apanage des individus de forte constitution, qu'elle est fréquente dans certaines épidémies, rare dans d'autres. Mais ces renseignements ont peu de valeur au point de vue du diagnostic, alors que, encore une fois, tous les symptômes peuvent non seulement être les mêmes, mais encore se présenter avec la même intensité que dans les formes graves. Certains symptômes qu'on considère comme propres à ces dernières, peuvent même être présents dans la forme abortive: tels sont le délire, l'albuminurie. Bien plus, un symptôme qui n'est pas inquiétant dans le cours du troisième ou du quatrième septenaire, mais qui passe pour fâcheux dans le premier, la rétention d'urine poussée au point de nécessiter le cathétérisme, existe parfois dans la forme abortive.

La durée de celle-ci, mesurée par la date de la défervescence finale, est le plus souvent de dix à douze jours; puis vient, au point de vue de la fréquence, l'intervalle du huitième au dixième jour; exceptionnellement, la défervescence a lieu le septième jour. En somme, c'est du huitième au douzième jour que débute la convalescence et les preuves certaines de l'existence de la fièvre typhoïde ne sont alors tirées que de la totalité des symptômes, particulièrement de la présence de l'exanthème et de la marche classique de la température par ascension graduelle. Dans

Digitized by Google

ces conditions, le médecin devra, du moment où les symptômes observés l'obligent à dire qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, renseigner l'entourage du malade sur l'existence des formes courtes de cette maladie, généralement inconnues du public, et prévenir que c'est peut-être à l'une d'elles qu'on a affaire dans le cas particulier : c'est le meilleur moyen de réserver l'avenir et de sauvegarder sa réputation.

Du reste, le diagnostic des formes vulgaires de la fièvre tyhoïde, présente lui-même des difficultés spéciales pendant le premier septenaire, ou plutôt jusqu'à l'apparition de l'exanthème, qui a lieu normalement du septième au neuvième jour. A ce moment, l'incertitude disparaît, car si les taches se montrent, elles assurent le diagnostic ; sinon, les autres symptômes sont assez bien établis à cette date pour que les doutes soient levés. Jusque-là, les difficultés subsistent, et pour leur faire face *autant que possible*, il est indispensable de connaître les différentes modalités du début de la fièvre typhoïde.

La distinction la plus utile à ce point de vue est celle-ci : tantôt la fièvre typhoïde qui s'établit a une période préfébrile (période des prodromes des anciens auteurs) ; tantôt elle n'en a pas.

Dans le premier cas, la *période préfébrile* a des caractères sans localisation manifeste, altération croissante de la santé, abattement, sommeil agité, céphalalgie. inappétence, vertiges, bourdonnements d'oreilles, parfois épistaxis, etc. Si cette période dure longtemps (4, 5, 6 jours), sa persistance même est suffisamment caractéristique d'un début de fièvre typhoïde. Mais parfois elle revêt une autre forme, celle de l'embarras gastrique pur et simple : il n'y a pas autre chose, la similitude entre les deux états est complète pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que les effets du traitement se manifestent : or, si l'on administre un vomitif ou un éméto-cathartique, comme c'est l'usage dans l'embarras d'estomac, le malaise disparaît définitivement quand celui-ci seul est en cause ; il dure seulement un ou deux jours en cas de fièvre typhoïde et, après le soulagement artificiel, la maladie reprend son cours ; il n'y a pas d'autre moyen d'éviter l'erreur.

Quand la période fébrile manque, le diagnostic est encore plus difficile. Tantôt le début se fait soudainement par une fièvre continue et la céphalalgie ; l'ensemble caractéristique qui précède fait défaut. Tantôt le début a encore lieu d'une façon rapide, par la douleur de tête et la fièvre ; mais celle-ci au lieu d'être continue d'emblée, procède par accès intermittents pendant les deux ou trois premiers jours ; entre les accès la détente n'est pas complète, il y a un certain degré de malaise, mais la fièvre tombe. Ainsi, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, la période préfébrile n'est pas constante ; la fièvre, au lieu d'être continue dès le début, peut être intermittente les premiers jours.

Dans le premier mode de début (fièvre continue et céphalalgie),

Digitized by Google

le diagnostic est momentanément suspendu ; si les difficultés concernant la possibilité d'une phlegmasie viscérale (pleurésie, pneumonie, etc), sont réglées en quarante-huit heures, celles que soulève l'éventualité d'une fièvre éruptive ne disparaissent que quand on a passé les délais maxima de l'éruption, et c'est avec la rougeole qu'on a le plus sérieusement à compter, parce que les taches n'apparaissent qu'après quatre ou cinq jours qu'il y a des râles dans la poitrine, que les rémissions fébriles sont prononcées ; en pareil cas, il faut avouer franchement qu'on ne peut se prononcer. Dans le deuxième mode (fièvre intermittente), le diagnostic est différé jusqu'à ce que la fièvre devienne continue, surtout si le médecin exerce dans un pays suspect de malaria.

A cette même période de début, certains phénomènes caractéristiques ne sont pas constants ; leur absence obscurcit le diagnostic, mais ne suffit pas à faire exclure l'idée d'une fièvre typhoïde. Ainsi l'ascension graduelle de la température, en échelons, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le maximum thermique (cinquième soir), n'existe pas toujours ; dans près de la moitié des cas, ce maximum peut être atteint dès le deuxième ou troisième soir : ainsi se trouve démentie la loi ancienne, d'après laquelle une maladie qui, le soir du deuxième jour, présente une température voisine de 40 degrés, n'est pas la fièvre typhoïde.

Autre difficulté du diagnostic : On a dit que celui-ci pouvait être aidé par ce fait que, dans le cortège symptomatique des sept premiers jours, ne figuraient pas les vomissements. Ce fait est général, mais non absolu ; si au lieu d'une ascension de la température en échelons, on a une ascension brusque, on est à peu près sûr d'avoir des vomissements, ce symptôme étant très en rapport avec la rapidité, et non avec la présence, de l'ascension thermique.

On a dit encore que, dans la fièvre typhoïde, les douleurs de ventre manquaient pendant les premiers jours ; il est de règle, en effet, qu'il n'y ait pas de douleurs abdominales pendant le premier septenaire, mais l'inverse peut avoir lieu.

Enfin on a prétendu que, dans les cinq premiers jours, le facies n'avait rien de caractéristique, qu'il n'était pas animé comme dans les fièvres éruptives. Mais quelquefois la face est rouge, animée, vultueuse, les yeux sont brillants, aspect qui rappelle le début de la rougeole, et qui peut durer pendant quarante-huit heures ; on l'observe surtout dans les cas d'ascension brusque de la température. Il peut même y avoir une suffusion sur tout le tégument externe, des plaques rouges, séparées par des intervalles de peau rosée.

En résumé, plus on connaît les variétés d'invasion de la fièvre typhoïde, plus on comprend que le diagnostic présente de difficultés et nécessite de réserves au début de cette maladie.— *Scalpel.*

Digitized by Google

Pleurésie et kyste de l'ovaire.—Le docteur BUFFET, à la suite d'un travail sur la pleurésie compliquant les kystes de l'ovaire, formule les conclusions suivantes :

1o.—La pleurésie complique assez souvent les kystes de l'ovaire.

2o.—Cette pleurésie évolue d'une façon insidieuse dont il est utile d'être prévenu.

3o.—Elle est une indication d'une intervention chirurgicale.

4o.—Cette intervention doit s'adresser au kyste de l'ovaire et non à la pleurésie, qui est sous la dépendance de ce dernier et qui disparaît avec le kyste.

5o.—Toute médication s'adressant directement à la pleurésie échoue fatalement.—*Normandie médicale.*

De la bronchite.—(1) La bronchite est extrêmement diverse, variable dans ses allures. C'est en général une maladie transitoire et sans aucune gravité, sauf quand elle se généralise et devient chronique. C'est pourquoi le pronostic de la bronchite est difficile à établir ; on ne peut prévoir la terminaison.

Une bronchite dure toujours plusieurs semaines et toutes les médications parviennent difficilement à arrêter son évolution.

L'âge est une cause d'aggravation de la bronchite.

Elle offre plus de dangers chez les jeunes et chez les vieux que chez les adultes. Chez l'enfant, la bronchite gagne facilement les petites bronches et donne naissance à la broncho-pneumonie. Chez les vieillards, elle prend une gravité spéciale ; leur poumon en effet a été réduit par des bronchites précédentes, par l'emphysème ; si donc dans ce cas la respiration est entravée, elle devient rapidement insuffisante et l'asphyxie arrive facilement. Les vieillards, en outre, ont une énergie moindre pour respirer.

La bronchite *chronique* devient grave par tous les accidents qu'elle entraîne à sa suite : emphysème, dilatation du cœur droit et ensuite troubles de l'organisme tout entier. C'est ainsi que le malade atteint de bronchite chronique arrive peu à peu à l'asphyxie chronique et à la cachexie asphyxique.

Chez les tuberculeux, la bronchite elle-même est une cause d'extension de la tuberculose. La maladie ne dépend pas seulement du bacille. Si le bacille s'installe quelque part c'est qu'il y trouve facilité ; les irritations dn parenchyme pulmonaire ou bronchique lui préparent un milieu de culture. D'où il suit qu'il n'est pas du tout indifférent d'éviter les bronchites aux tuberculeux. Et au point de vue thérapeutique, ceci prouve que ce n'est pas exclusivement à la mort du bacille qu'il faut s'attacher.

Nous avons déjà vu que chez les sujets atteints de diathèses les bronchites prennent un caractère spécial de ténacité (scrofuleux) ou de rapidité (rhumatisants), etc.

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison.

Digitized by Google

Quand on fera le *diagnostic* de la bronchite, il faudra donc faire aussi le diagnostic de la cause, déterminer ces toux nerveuses sympathiques. Quelquefois on constate seulement que le malade tousse, sans autres symptômes. En pareil cas on peut trouver l'origine d'affections diverses. On pourra reconnaître une toux hystérique qui prend quelquefois un caractère tout spécial ; on recherchera alors, chez la malade, les signes de l'hystérie.

Il y a aussi la toux nerveuse, dite toux sympathique ; elle apparaît chez des gens n'ayant aucun catarrhe bronchique ; mais si l'on recherche avec soin, on trouvera une irritation du pharynx, de la partie postérieure des fosses nasales, etc. On peut trouver aussi chez les enfants la toux vermineuse, toux dont on a beaucoup abusé. Les irritations de l'estomac peuvent dans certains cas donner lieu à de la toux, la toux gastrique. Chez la femme, les organes utéro-ovariens peuvent donner lieu à ce réflexe. Enfin, dans certains cas, une simple facilité des bronches à réagir donne naissance à de la toux.

Traitement.—Il peut être très compliqué ou très simple. S'il s'agit du rhume simple, habituel, le traitement sera lui-même facile.

Au début on peut donner l'alcool ; on se trouvera également très bien des dérivations cutanées localisées, cataplasmes sinapisés, par exemple. On ne sait pas comment le cataplasme sinapisé ou même simple agit, mais ses effets sont excellents. On relèvera aussi de bons effets d'application de collodion, mais c'est quelquefois d'un emploi difficile.

Des médicaments administrés à l'intérieur, il faut citer en première ligne le vomitif, qui produit généralement un effet utile. Certains médicaments passent pour faciliter l'expectoration, tels sont les *kermès*, l'*oxyde blanc d'antimoine*, etc., mais ils sont d'un emploi difficile. Il est alors préférable d'employer l'*émétique*, que l'on donne à dose assez faible pour ne pas provoquer la nausée (1 millig. à 1 millig. 1|2) répété deux ou trois fois par jour.

Parmi les sédatifs, on a eu recours à l'*opium*, la *belladone*, le *datura*, mais quelquefois l'effet thérapeutique est voisin de l'effet toxique. Il est préférable d'user de la *jusquiame* associée à l'opium (1 cent. d'extrait thébaïque, 1 cent. d'extrait de jusquiame et 1 mill. d'émétique).

La scille, le polygala, trouvent leur emploi à une époque plus tardive de la bronchite. Viennent aussi à ce moment là les balsamiques, le *tolu*, la *terpine*, le *copahu*, etc., qui agissent quand ils sont employés avec discernement.

Chez les herpétiques, la médication arsenicale fait merveille. Dans la forme de catarrhe sec avec expectoration perlée, les eaux du Mont-Dore sont tout à fait indiquées.

Dans les formes arthritiques, on aura recours aux eaux sulfureuses, Luchon, Eaux-Bonnes, Cauterets.

Digitized by Google

Pour les scrofuleux, les eaux chlorurées seront d'un bon effet, celles d'Uriage, par exemple.

La bronchite syphilitique sera justiciable du traitement spécifique.

Enfin on soignera d'après les indications qui naîtront du réflexe occasionnant la toux.—*Praticien.*

CHIRURGIE

Maladie kystique de la mamelle.—Clinique de M. le docteur Reclus à l'Hôtel-Dieu. Pour M. Reclus, la maladie kystique de la mamelle, et l'affection décrite par M. Phocas sous le nom de " maladie noueuse ", sont jusqu'à plus ample informé une seule et même affection.

M. Phocas défend l'autonomie de la maladie noueuse.

La maladie kystique présente trois caractères : 1o Il n'existe pas à proprement parler de tumeur ; dans toutes les parties de la glande se trouvent des nodosités variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noix ou d'un œuf. Quand les tumeurs atteignent ce développement ; souvent les petites nodosités passent inaperçues ;

2o L'affection est presque toujours bilatérale. Les deux seins semblent injectés au suif ;

3o Ces nodosités ont une consistance ligneuse : on croit à des tumeurs solides. Mais il n'en est rien, ce sont de petits kystes. Mais on peut s'assurer du diagnostic par des aspirations à la seringue de Pravaz : on retire un liquide diversement coloré.

Presque toujours la glande est indolore. Le mamelon ne laisse rien s'écouler. Les ganglions, quelquefois engorgés, ne sont nullement dégénérés. La peau est toujours mobile.

La description de la maladie noueuse de M. Phocas est la même. Il dit du reste qu'au début les deux maladies se confondent, mais que la marche est différente. D'après lui, la maladie kystique nécessite l'opération, tandis que la maladie noueuse procède par poussées et guérit seule, soit par une thérapeutique appropriée.

On prétend que la maladie kystique est grave. Dans un cas de Monod, en 1875, on enlève le sein à une malade atteinte de maladie kystique ; l'autre sein n'ayant pas été opéré, la malade meurt en 1881, sans récidive du côté opéré. Deux cas de Poncet sont aussi probants. Chez une malade de Maunoury, la maladie a duré trente-trois ans.

D'autres exemples encore prouvent que cette affection a une marche bénigne.

Digitized by Google

D'après Phocas, la maladie *récidive*. M. Reclus n'en connaît pas un seul fait. Il y a quelquefois continuation du mal, mais jamais récidive.

La tumeur peut rétrograder quelque peu, mais jamais elle ne disparaît complètement et spontanément.

M. Phocas ne donne pas une seule observation indiscutable de guérison de la maladie noueuse. Jamais il n'a vu la mamelle reprendre absolument son aspect normal.

La maladie noueuse n'est autre que la maladie kystique.

Cette affection peu connue passe souvent inaperçue : on la prend souvent pour des fibromes, tumeurs bénignes qu'on n'opère pas. Il ne faut donc pas omettre de se servir de la seringue de Pravaz comme moyen de diagnostic.

Pourquoi, la maladie étant bénigne, M. Reclus ne se contente-t-il pas de l'abstention pure et simple ?

C'est que quelquefois la tumeur s'est transformé en squirrhe.

On sait, en effet, que tout néoplasme de la mamelle, quelque bénin qu'il soit, peut donner lieu, vers l'âge des cancers, à une tumeur maligne.—*Praticien.*

Un nouveau procédé opératoire pour le traitement des hernies étranglées.—En 1882, dit le Dr. Zeinemann-Lange, de Weimar, FENKELSTEIN, fit connaître un procédé de réduction des hernies étranglées qu'il appela l'éthérisation locale. Les résultats obtenus étaient satisfaisants. Ce procédé ne paraît pas avoir obtenu l'attention qu'il méritait. L'auteur a employé l'éthérisation locale dans tous les cas d'étranglement herniaire qu'il a eu à traiter depuis ce temps, et il a toujours obtenu des succès. Le dernier fut observé chez une paysanne âgée de 45 ans. Une hernie inguinale droite s'était étranglée sans cause connue. Après qu'on eut fait en vain plusieurs tentatives de réduction, Zeinemann fut appelé (dix heures environ après le début des accidents d'étranglement). Il trouva dans la région inguinale droite une tumeur du volume du poing, d'une dureté pierreuse. L'état général laissait à désirer. La malade était apnée, elle avait un hoquet continuel ; plusieurs vomissements, renvois incessants. Pouls faible ; une nouvelle tentative de taxis est sans résultat. Zeinemann fit coucher la malade sur le dos, le bassin élevé, les jambes fléchies sur le bassin. A de courts intervalles, l'auteur versa sur la région de l'anneau inguinal externe de l'éther sulfurique par cuillerées, afin d'éviter que l'éther produisit une sensation désagréable sur la vulve ou l'anus, il fit enduire la région avec de l'huile. Au bout d'une demi-heure, la tumeur avait notablement diminué de volume, une tentative de taxis suffit pour la réduction. Le lendemain, la malade allait très bien. Si l'on veut obtenir un prompt résultat de l'anesthésie locale, il ne faut pas perdre le temps en tentatives de taxis ; plus l'éthérisation est faite de bonne heure,

Digitized by Google

plus elle a de chances de succès. Il est probable que l'éther agit surtout par la réfrigération qu'il produit par suite de la constriction de l'intestin ; sous son influence, la masse gazeuse remplissant l'anse herniée diminue. En outre, les mouvements péristaltiques excités par le froid aident à la réduction. Ce procédé est d'autant plus indiqué que les résultats donnés par la kélotomie, même avec les précautions antiseptiques, sont loin d'être brillants, parce qu'on la fait souvent trop tard.—*Paris médical.*

De l'ostéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Clinique de M. Kirmisson.—L'ostéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur n'a pas encore été, dans les livres classiques, l'objet d'une description particulière : et cependant elle mérite une mention toute spéciale à cause de sa fréquence et des complications auxquelles elle peut donner lieu.

Un malade que je vais tout à l'heure opérer devant vous nous fournira l'occasion de parler de cette localisation si fréquente de l'ostéomyélite. Il s'agit d'un garçon de 25 ans, actuellement porteur d'une ankylose du genou droit dans une flexion très prononcée. Bien portant jusqu'à l'âge de 16 ans, ce jeune homme vint alors à Paris, où il se plaça comme garçon marchand de vins. Au bout de cinq à six mois, étant tombé gravement malade, il entre à l'Hôtel-Dieu où, pendant un mois, il présente de violents maux de tête, du délire, une fièvre vive avec perte de connaissance ; nul doute qu'il n'ait eu à ce moment une fièvre typhoïde. Au sortir de cet état, il ressentit des douleurs dans le genou gauche ; au bout de deux mois, un abcès se produisit au niveau de ce genou. Quelques mois plus tard (le malade avait alors 17½ ans) il ressentit des douleurs dans l'avant-bras et le poignet gauches ; des suppurations se montrèrent en ces points. Plus tard encore, à 19 ans, le malade eut de nouvelles suppurations sur les parties latérales du thorax et à l'angle droit de la mâchoire inférieure. Revenu à Paris en mai 1887, ce jeune homme a eu des douleurs, puis un abcès au niveau du genou droit ; enfin, depuis quatre a cinq mois, ce genou est fléchi et ankylosé dans son attitude vicieuse.

Actuellement notre malade porte sur différents points du corps des cicatrices qui sont la trace des suppurations que nous venons de signaler. Au genou droit notamment, on voit une cicatrice adhérente au niveau du condyle interne, et une autre au niveau de la tête du péroné. Le genou est fléchi à 110° environ. La rotule est très peu mobile ; il existe quelques mouvements de flexion très peu marqués dans l'articulation. En outre, l'extrémité supérieure du tibia présente une déformation particulière, autrefois signalée par Sonnenburg, et dont j'ai déjà rencontré plusieurs exemples. Il s'agit d'une flexion dans le cartilage épi-

Digitized by Google

physaire du tibia, qui donne à l'extrémité supérieure de cet os une apparence arquée et pourrait en imposer pour une subluxation du tibia en arrière.

Le diagnostic ne paraît pas douteux ; en effet, il n'existe chez ce malade aucune trace de tuberculose. Il y a bien eu de la suppuration au voisinage du genou, mais l'articulation n'a pas été atteinte primitivement ; il n'y a eu, ni gouflement de la jointure, ni douleurs vives, et le malade a pu continuer à marcher. C'est seulement d'une façon secondaire que l'articulation du genou a été envahie.

Les suppurations multiples que ce jeune homme a présentés du côté des extrémités épiphysaires sont chez lui consécutives à la fièvre typhoïde ; le fait n'est pas rare, vous le savez ; et déjà j'ai eu l'occasion de vous citer un jeune homme opéré par moi récemment à l'hôpital Broussais, et qui, comme traces d'une fièvre typhoïde, portait des suppurations multiples au niveau des fémurs et des tibias.

Outre le malade dont je viens de vous retracer l'histoire, nous avons encore actuellement dans notre service deux jeunes gens qui présentent des exemples de cette ostéomyélite de l'extrêmité inférieure du fémur que nous étudions en ce moment.

L'un est ce malade auquel j'ai pratiqué la trépanation de l'extrémité inférieure du fémur pour une hyperostose, en même temps que je lui ai fait le redressement forcé du genou, après ténotomie du biceps et demi-tendineux et droit interne.

L'autre est un jeune homme de 17 ans qui après les phénomènes douloureux au niveau du poignet gauche, présente les symptômes d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur du même côté. On dut lui ouvrir, au côté interne et postérieur du genou, un abcès communiquant avec l'articulation. Aujourd'hui, comme trace de suppuration, le malade conserve une ankylose du genou dans la position rectiligne.

Tant à cause de sa fréqence que des désordres graves auxquels elle peut donner lieu, l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, mérite, je le répète, une description spéciale. M. Daniel Mollière (de Lyon) l'a compris, et il a publié sur ce sujet une leçon clinique, où il relate l'histoire de quatre malades porteurs de cette affection.

Cette forme spéciale de la maladie est particulièrement intéressante à cause des lésions qu'elle détermine du côté du genou. Elle peut retentir de deux façons sur cette articulation ; ou bien la lésion initiale se montre au-dessus du cartilage épiphysaire, à la partie inférieure de la diaphyse, et l'inflammation se propage *par contiguïté* jusqu'aux surfaces articulaires ; ou bien il arrive que l'épiphyse se prend pour son propre compte. Le pus soulève le cartilage diarthrodial, le perfore, et détermine une arthrite suppurée *par continuité*. Cette seconde forme est beaucoup plus

Digitized by Google

rare que la première. Elle a été étudiée par W. Müller dont la description repose sur 25 observations recueillies à la Clinique de Gœtingue.

Outre cette propagation des lésions inflammatoires à l'articulation, il faut encore signaler la marche spéciale de la maladie qui, débutant par un point quelconque de l'extrémité inférieure du fémur, tend à gagner la face postérieure de l'os. C'est en effet dans le triangle suscondylien, limité par les branches de bifurcation de la ligne âpre, que vient surtout évoluer l'ostéomyélite ; elle a par là la même tendance à gagner le creux poplité. Ce fait a attiré l'attention de P. Vogt, qui, dans un mémoire inséré parmi les Jammlung de Volkmann, se demande pourquoi la maladie se localise si fréquemment à l'extrémité postérieure et inférieure du fémur. Il en trouve la raison dans la présence, entre les deux branches de bifurcation de la ligne âpre, d'un tissu cellulaire abondant, mince, riche en vaisseaux, sans tendons et sans insertions aponévrotiques. La présence de ce tissu cellulaire lâche, facile à décoller, l'absence de tout organe propre à servir de barrière à l'inflammation, l'influence enfin de la déclivité, expliquent comment cette région est le point dans lequel viennent se manifester toutes les lésions de l'ostéomyélite. C'est là qu'on trouve les abcès, les larges dénudations osseuses, les sequestres.

Jeudi dernier vous avez eu sous les yeux un exemple frappant de cette marche envahissante du côté du creux poplité. Vous m'avez vu, après avoir fait une incision au niveau du condyle interne du fémur, pénétrer avec la sonde cannelée, grâce à un décollement du périoste, jusqu'à la partie médiane du jarret où j'ai pratiqué une contre-ouverture. De même encore, au commencement de ce mois, j'ai opéré, à l'hôpital Broussais, un malade dont l'histoire mérite d'être rapprochée de la précédente, parce qu'il présentait absolument les mêmes lésions. Il s'agissait d'un garçon de 23 ans, présentant, depuis l'âge de 18 ans, tous les symptômes d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit. Chez lui, comme chez notre malade de jeudi dernier, j'ai dû, après avoir pratiqué une incision au niveau du condyle interne, décoller le périoste, de façon à pouvoir établir un drainage dans le creux poplité non sans avoir dénudé le nerf sciatique poplité externe, qu'il m'a fallu rejeter en dehors pour éviter la blessure.

Cette localisation particulière de l'ostéomyélite du côté de la face postérieure du genou a des conséquences faciles à prévoir. L'hyperostose consécutive ou la collection purulente qui se forme dans cette région, entraînent à leur suite des phénomènes de compression de la veine poplitée, qui se manifestent par un œdème du membre. Notre malade de jeudi dernier en a présenté un exemple, et Mollière a signalé le fait.

Mais une lésion beaucoup plus grave encore, c'est l'ulcération de l'artère poplitée elle-même. De nombreux exemples de cette

Digitized by Google

terrible complication se trouvent aujourd'hui dans la science, et il suffit de parcourir les dernières années des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour en rencontrer plusieurs cas.

D'après les exemples précédents, vous voyez donc que l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur peut affecter la plus haute gravité. Elle mérité une description spéciale, et doit être bien connue, tant à cause de sa grande fréquence que de sa marche constante, qui dirige vers le creux poplité tous les produits inflammatoires auxquels elle donne lieu. Sa gravité tient à son retentissement sur l'articulation du genou ; nos trois malades actuels en sont un exemple, puisque tous les trois présentent actuellement une ankylose de cette articulation. Cette gravité est encore exagérée par la possibilité d'une ulcération de l'artère poplitée et des accidents hémorrhagiques redoutables auxquels elle donne lieu.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic. Le seul point délicat est celui que je vous ai déjà signalé, savoir la distinction à établir entre l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur et l'arthrite tuberculeuse du genou. On évitera assez aisément l'erreur en se rappelant que les deux maladies ont une marche très différente. Dans l'ostéomyélite, c'est le fémur qui est atteint le premier; l'articulation n'est prise que secondairement. De plus, dans l'ostéomyélite, les lésions sont limitées au fémur, tandis que, dans la tuberculose du genou, les deux extrémités osseuses sont atteintes simultanément.

Je n'aurais rien à vous dire du traitement, vous ayant précédemment exposé celui de l'ostéomyélite en général, si, dans l'intervention que nécessite la maladie localisée à l'extrémité inférieure du fémur, il n'y avait plusieurs points particulièrement délicats. L'envahissement de la face postérieure du fémur imposera dans la plupart des cas l'obligation de faire des incisions dans le creux poplité. Souvent, avons-nous dit, la sonde cannelée enfoncée par un orifice fistuleux ou une incision pratiquée au niveau du condyle interne, pénètrera, grâce au décollement du périoste, jusque dans le creux du jarret. Mais on ne pourra, sans s'exposer à sectionner l'artère poplitée elle-même ou quelque grosse collatérale, sectionner tous les tissus soulevés par la sonde cannelée. Force sera donc de pratiquer, de dehors en dedans, une contre-ouverture dans le creux poplité, en se guidant toujours sur les notions anatomiques qui permettront d'éviter la blessure des vaisseaux et nerfs importants de la région.

Il est encore une considération fort intéressante, et qui a trait au drainage. Le tube allant du condyle interne du fémur au creux poplité, passe entre l'os et les vaisseaux. Si donc vous repliez ce tube vers le creux poplité, il comprendra dans sa concavité l'artère et la veine; et vous vous exposerez, comme on l'a très bien démontré dans la discussion de la Société de Chirurgie,

Digitized by Google

à voir se produire une ulcération vasculaire, sous l'influence des frottements répétés du drain contre les parois artérielles ou veineuses. Il est donc de toute nécessité, et c'est un point sur lequel j'insiste en terminant, de ramener en avant les deux extrémités du tube, de sorte que l'anse du drain réponde par sa concavité à la face postérieure du genou. C'est là la conduite que j'ai tenue chez le malade opéré jeudi dernier devant vous. On doit, du reste, poser en principe absolu de ne jamais comprendre dans l'anse d'un drain des vaisseaux volumineux.—*Bulletin médical.*

La tumeur blanche du pied, ostéo-arthrite tuberculeuse. Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—La femme atteinte de cette ostéo-arthrite du pied n'a pas le facies tuberculeux. Dans ses antécédents pas plus que dans son état actuel, on ne trouve aucun symptôme de la diathèse tuberculeuse. Elle est en outre âgée de soixante et un ans. La fièvre et le gonflement constituant les premiers symptômes avaient fait croire à des rhumatismes. Elle fut d'abord soignée dans un service de médecine, puis des fongosités apparurent.

Le mari de la malade est mort tuberculeux en 1884 ; elle a eu une jeune fille qui est morte tuberculeuse. Quant à notre malade, elle a été bien portante jusqu'au début de la maladie actuelle.

Il s'agit probablement ici de tuberculose par contagion. Le père, tuberculeux, aurait engendré une fille tuberculeuse après avoir communiqué la maladie.

Le traitement ne consistera ni en grattage, ni en curage, ni en résection partielle. On devra amputer la jambe au 1/3 inférieur, ou au-dessus de la malléole ou au lieu d'élection, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

La bottine présentant de nombreux inconvénients au point de vue de la fatigue, de la cherté, etc., on a établi une classification peu démocratique : l'amputation du pauvre, qu'on fait au lieu d'élection et après laquelle on met un pilon, et l'amputation du riche qui a lieu au 1/3 inférieur ou au-dessus de la malléole et après laquelle l'amputé se sert d'une bottine.

Au point de vue de la gravité, les deux opérations ne diffèrent pas.

L'amputation dont il s'agit doit être faite au lieu d'élection, ou par circulaire, ou à lambeaux, ou plutôt à un lambeau pour que l'os ne soit pas en contact avec la cicatrice. Le lambeau, on peut le prendre à la partie intérieure, mais le trop grand volume du muscle peut faire descendre la cicatrice. Il faut donc faire une amputation à lambeau externe par transfixion. On a toujours de la gangrène du lambeau, parce que l'artère tibiale antérieure, n'est généralement pas dans le lambeau. Il faut, à partir du point où doit porter la section de l'os, faire une incision parallèle à la

Digitized by Google

crête du tibia, incision égale au diamètre plus un tiers, puis contourner la face externe et remonter au point diamétralement opposé. On devra ensuite diviser la peau et la couche graisseuse, puis disséquer la peau en une longueur de trois centimètres pour avoir un lambeau cutano-musculaire. On remplacera ensuite le couteau par un bistouri, on disséquera la face externe du tibia pour arriver au ligament inter-osseux qu'on entamera même pour comprendre l'artère.

Il faudra ensuite relever les muscles de l'autre face en disséquant les péroniers et faire même un petit lambeau interne. On émoussera avec une lime la crête du tibia.—*Praticien*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

De la délivrance artificielle. Clinique de M. le prof. BUDIN, à l'hôpital de la Charité.—Par délivrance on entend, d'une façon générale, l'expulsion ou l'extraction de l'arrière-faix. Il y a expulsion, lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, c'est à-dire quand elle est déterminée par les contractions utérines, par les contrations vaginales et par l'effort combinés. Il y a extraction, au contraire, lorsque l'accoucheur intervient d'une façon quelconque.

Si j'emploie dans ma définition le terme d'arrière-faix et non celui plus couramment usité de placenta, c'est que je veux attirer votre attention sur les membranes ; elles font partie de l'arrière-faix, comme le cordon et le placenta, et leur sortie ne doit pas être envisagée comme un simple épiphénomène dénué d'intérêt au point de vue clinique.

Je ne veux pas vous décrire aujourd'hui le mécanisme de la délivrance ; je vous en rappellerai seulement les trois temps, de façon à pouvoir m'appuyer sur l'acte physiologique pour mieux vous montrer une anomalie, ses accidents, ses complications, ainsi que les moyens d'y porter remède.

Dans le premier temps, le placenta se détache de la paroi utérine ; dans le deuxième, il passe de la cavité utérine dans le vagin ; dans le troisième, il quitte la cavité vaginale et est expulsé hors des voies génitales.

Toutes les fois que l'arrière-faix se détache de l'utérus, franchit le col, le vagin et la vulve, sous la seule influence des contractions et de l'effort, on dit que la délivrance est *spontanée.*

D'autres fois, et c'est là un fait habituel, le placenta s'est décollé, a traversé le col et s'est arrêté dans le vagin ; on intervient pour le troisième temps, soit par des tractions sur le cordon, soit par des pressions manuelles exercée de haut en bas sur

Digitized by Google

l'utérus, soit par ces deux modes d'action réunis. La délivrance est alors dite *naturelle*. N'oubliez jamais que la première condition qui doit exister pour qu'on soit autorisé à pratiquer la délivrance naturelle est le décollement préalable du placenta et des membranes. C'est quand ces dernières sont complètement séparées de la paroi utérine que le placenta arrive en général jusqu'à la partie inférieure du vagin. S'il n'y a pas d'indication spéciale, tenter la délivrance naturelle alors que le placenta est encore élevé, serait s'exposer à la déchirure et à la rétention des membranes. Leur adhérence à la paroi utérine peut être très intime et je me souviens d'un fait d'opération césarienne, dans lequel mon collègue M. Ribemont-Dessaigne eut beaucoup de peine à les détacher avec la main, bien qu'il procédât à ciel ouvert.

Il arrive parfois cependant que le premier temps s'exécute normalement, mais que le placenta ne franchit pas l'orifice externe. La cause de cet arrêt peut être toute mécanique et tenir, soit à un excès de volume du placenta, comme nous l'avons observé récemment dans un cas de grossesse multiple, soit à ce que l'utérus en antéflexion présente un coude qui s'oppose à l'issue de l'arrière faix. Dans ces circonstances, l'expression utérine seule ou mieux encore combinée avec quelques tractions exercées dans une direction convenable sur le cordon, triompheront facilement de l'obstacle. Il s'agit encore là d'une délivrance naturelle, bien qu'on intervienne pour le troisième et pour le second temps.

Si le placenta, arrêté sur l'orifice ou en partie engagé dans le col, est facilement accessible par le vagin, on peut aussi le saisir avec deux doigts ou avec la main tout entière et l'entraîner au dehors. C'est là ce qu'on a appelé méthode de préhension directe du placenta et ce qu'on peut nommer plus simplement, avec M. Loviot, la délivrance *manuelle*. Cette délivrance manuelle est distincte de la délivrance artificielle, telle que nous allons l'envisager.

Cette délivrance *artificielle* consiste dans l'introduction totale de la main dans l'utérus ; cette introduction a pour but de déterminer ou de compléter le décollement du placenta. Dans la délivrance artificielle on intervient donc pour le premier temps.

Je ne veux que vous indiquer succinctement les *indications* de la délivrance artificielle pour m'attacher surtout à la description du manuel opératoire. Parmi ces indications la première à citer et par son importance et par sa fréquence, est l'hémorrhagie. Une femme accouche, peu de temps après elle perd une notable quantité de sang ; cette hémorrhagie se produit soit spontanément, soit parce qu'on a exercé des tractions intempestives sur le cordon ombilical ; on touche et le doigt ne rencontre l'arrière-faix ni dans le vagin, ni dans le col ; il y a eu décollement partiel du placenta et inertie de l'utérus. Il faut de suite, pour obtenir l'hémostase, pratiquer la délivrance artificielle. Telle est la

Digitized by Google

cause qui a nécessité notre intervention dans deux des trois cas que je viens de vous signaler.

Dans d'autres faits, le placenta reste adhérent en totalité ou en partie à la paroi utérine et la délivrance n'a pas lieu. Quand l'adhérence est totale, il n'y a pas d'hémorrhagie, puisqu'aucun sinus n'est ouvert ; quand l'adhérence est partielle, l'hémorrhagie ne survient que si, en même temps, il y a inertie.

Il y a des degrés dans la solidité comme dans l'étendue des adhérences. Tantôt le placenta se trouve assez fortement fixé à l'utérus et il ne peut être détaché par des simples tractions sur le cordon ou par l'expression ; et cependant il se décolle assez facilement sous l'action directe de la main. Tantôt les connexions qui existent entre l'utérus et le placenta sont tellement intimes, qu'il semble y avoir continuité directe entre les tissus. Assurément, il s'agit là de faits rares ; il me serait facile cependant de vous en citer plusieurs. Je me souviens qu'un jour, en 1872, pendant mon internat à la Maternité, M. Tarnier m'apporta un placenta en me priant de rechercher s'il n'était pas resté de fibres musculaires à sa surface, tant la délivrance artificielle avait été rendue laborieuse par le fait des adhérences. Cette même année, j'eus à faire l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie. On croyait que l'extraction de l'arrière-faix, pratiquée par la sage-femme en chef, avait été complète ; cependant, à l'ouverture de l'utérus, on constata la présence d'un cotylédon placentaire long de trois à quatre centimètres, dont l'adhérence était si intime qu'on ne put le détacher qu'avec l'aide du scalpel.

Dans une troisième catégorie de faits, le placenta se trouve emprisonné dans l'utérus qui est revenu sur lui-même.

Lorsqu'on assiste à une délivrance, il est impossible de préciser à l'avance au bout de combien de temps la simple rétention du placenta deviendra une véritable incarcération : mais on peut souvent renconnaître à quel moment cette dernière va se produire. Il faut pour cela surveiller attentivement par le palper et surtout par le toucher le retrait de l'utérus. Au moment où son orifice se renferme, il devient nécessaire de pratiquer la délivrance. Quelquefois le retrait de l'organe est très rapide et on doit particulièrement le redouter lorsque du seigle a été administré. Deux observations qne je vais vous rapporter vous montreront combien il faut être prudent dans l'emploi de ce médicament. Le professeur Depaul avait l'habitude, dans les cas de présentation du siège, de faire prendre aux femmes du seigle ergoté pour faciliter l'expulsion de la tête restée la dernière ; dans un cas de ce genre qui se passa à l'ancienne Clinique, on eut à ranimer l'enfant né en état de mort apparente. Après une demi-heure d'efforts, d'ailleurs couronnés de succès, consacrés à soigner l'enfant, la sage-femme en chef revint à l'accouchée qui ne perdait pas de sang. Le placenta se trouvait emprisonné et l'utérus, complètement

Digitized by Google

revenu sur lui-même, s'opposait à la pénétration de la main et même du doigt : on attendit et on eut recours aux antispasmodiques pour faire céder l'obstacle. Rien ne fit ; le placenta se putréfia et la femme mourut sans avoir été délivrée.

Je me souviens encore d'une jeune femme assez riche qui, après avoir consulté M. Tarnier pendant sa grossesse, crut devoir se confier pour son accouchement aux soins d'un vieux médecin, n'ayant pas même le titre de docteur. Avant la délivrance, il survint une perte de sang très abondante, et ce praticien, au lieu de faire immédiatement l'extraction du délivre, lui administra une forte dose de seigle ergoté. Appelé la nuit auprès de la malade, je la trouvai très pâle, presque exsangue ; l'utérus totalement revenu sur lui-même avait la consistance d'un morceau de bois, et son orifice, rétracté, étranglait pour ainsi dire le cordon qui pendait au dehors. Malgré l'emploi du chloroforme et de la morphine, il fut absolument impossible de vaincre cet état tétanique, et la femme succomba à la septicémie.

En dehors du retrait total de l'utérus, lié le plus souvent à l'emploi malheureux du seigle ergoté, on peut encore observer la rétraction limitée à la partie inférieure du corps. Dans ce cas, l'organe prend dans son ensemble la forme d'un sablier, c'est l'hour-glass.

Parfois c'est une autre portion du corps de l'utérus qui se contracte isolément et retient le placenta. Le fait se produit en général au voisinage d'une des cornes, ce qui s'explique par l'existence des cercles musculaires autour de l'orifice des trompes : il y a enchatonnement du placenta qui se trouve emprisonné en totalité ou en partie, qu'il soit demeuré adhérent ou non à la paroi utérine. L'existence de cet enchatonnement a été mise en doute, mais je puis vous affirmer qu'elle est réelle ; j'en ai observé pour ma part plusieurs exemples très nets.

Telles sont les trois grandes indications de la délivrance artificielle : les hémorrhagies, les adhérences et l'emprisonnement du placenta. Nous en aurions d'autres à étudier, mais elles ont trait à des cas trop spéciaux pour que je veuille les aborder en détail. On peut, en effet, pratiquer cette opération lorsqu'il existe une rupture utérine, lorsque la femme est agonisante ou dans certains cas de placenta prævia qui ont été le point de départ d'une hémorrhagie très grave, en un mot lorsqu'il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible. Citons enfin, pour mémoire, la délivrance artificielle dans l'avortement, dans l'inversion utérine, dans l'opération césarienne ou dans la laparotomie pratiquée pour une grossesse extra-utérine.—(*A suivre.*)

Quand faut-il appliquer le forceps.—(1) Voyons maintenant un autre groupe de cas dans lesquels l'intervention à l'aide du

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

Digitized by Google

forceps est nécessaire : le travail dynamique est normal, la contraction utérine est régulière et suffisante, il n'y a pas de disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin ; et cependant il y a intérêt à intervenir rapidement par suite d'un incident qui menace la vie du fœtus ou la vie de la mère.

L'indication la plus fréquente dans cet ordre d'idées est fournie par le ralentissement, l'irrégularité ou l'absence des *bruits du cœur fœtal.* Il n'est pas besoin de dire que l'accoucheur doit toujours avoir à sa disposition un stéthoscope et qu'il doit s'en servir fréquemment pendant la période d'expulsion. Si donc les battements du cœur qui tout à l'heure étaient normaux, deviennent irréguliers, très précipités ou très ralentis, si surtout ils viennent à disparaître en dehors de toute contraction utérine, il faut recourir au forceps et extraire rapidement l'enfant dont l'état de souffrance est encore souvent traduit par l'issue du méconium et la formation d'une bosse séro-sanguine considérable.—Quelle que soit la cause de cette perturbation dans la circulation fœtale (compression du cordon, travail trop prolongé, hémorrhagie, etc.), il faut intervenir rapidement—sous peine de laisser périr l'enfant.

D'une manière générale, on peut dire que toute cause qui met gravement en danger la vie de la mère ou du fœtus, crée une indication formelle pour recourir au forceps, lorsque, bien entendu, les conditions requises sont réalisées. Ainsi, lorsqu'une femme est prise, en plein travail, d'une attaque *d'éclampsie,* il y a grand intérêt à la délivrer aussi promptement que possible ; on a ainsi, de plus, des chances d'avoir un fœtus vivant et de faire cesser les accidents convulsifs. De même, toute tare qui gêne la mère pour faire des efforts suffisants au moment de la période d'expulsion (tuberculose, affection cardiaque, hernie, etc.) nécessite l'intervention de l'accoucheur. De même, lorsqu'on a quelque raison de craindre qu'une rupture utérine ne se soit produite ou lorsqu'une hémorrhagie inquiétante détermine des tendances syncopales.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les *présentations du sommet* : c'est qu'en effet le forceps, qu'il s'agisse du forceps de Levret ou du forceps de Tarnier, (que nous préférons avec nombre d'accoucheurs modernes), le forceps est construit de manière à n'être appliqué que sur le sommet et même sur le sommet fléchi. Cependant on y a recours dans la pratique pour les présentations de la face et même pour les présentations du siège.

Pour les *présentations de la face,* nous dirons qu'il ne faut recourir que *très tardivement* au forceps ; l'expectation peut d'ailleurs être prolongée beaucoup plus longtemps que dans les présentations du sommet. De plus, lorsqu'on applique le forceps sur la face, on se trouve entre deux écueils ; ou bien la prise n'est pas solide et l'on risque de déraper, ou bien la prise est très solide, mais on n'obtient cette solidité qu'au risque très grand de fléchir la tête. Cependant, dans nombre de cas où la face est déjà engagée et où il y a intérêt à terminer l'accouchement rapidement, le forceps rend de grands services.

Digitized by Google

Nous ne dirons que peu de choses des indications du forceps dans les *présentations du siège;* c'est un élève du prof. Tarnier, le Dr. Olivier, qui a essayé récemment de les remettre en honneur. On n'est autorisé à se servir du forceps que lorsqu'il y a une présentation du siège décomplétée (mode des fesses), lorsque le sacrum est en arrière et qu'on éprouve de grandes difficultés pour abaisser un pied.

Nous ne parlerons pas non plus de l'application du forceps sur la tête dernière, qui est une opération obstétricale exceptionnelle.

Lorsqu'on a la certitude absolue que le fœtus à terme est mort depuis quelque temps, qu'on n'a aucune chance de le ranimer, l'application du forceps ne peut être qu'une méthode de nécessité : il lui faut préférer la basiotripsie, opération plus facile à pratiquer et qui cause, toutes choses égales d'ailleurs, moins de lésions du côté des parties maternelles.

En résumé, nous avons vu que les principales indications de l'application du forceps étaient les suivantes : inertie utérine, insuffisance des contractions utérines, incident indiquant que la mère ou le fœtus sont en danger.

Nous ajouterons que, dans quelques cas, certaines manœuvres non instrumentales suffisent à amener l'expulsion du fœtus. C'est ainsi que le cathétérisme de la vessie est parfois très utile et qu'après avoir vidé la vessie, on est tout étonné de voir les contractions utérines devenir plus fortes et l'accouchement se terminer rapidement; parfois il suffit de pratiquer le cathétérisme évacuateur pour qu'une tête fœtale, qui jusque-là était restée élevée, s'engage profondément et pour que l'expulsion du fœtus ait lieu rapidement, alors qu'on pouvait craindre quelques instants auparavant d'être obligé de recourir au forceps.—C'est ainsi qu'à l'aide de la manœuvre indiquée par le professeur Tarnier on peut réduire les positions postérieures en antérieures et faciliter ainsi l'accouchement.—C'est ainsi encore qu'en relevant le siège de la femme à l'aide d'un drap roulé, on rend plus efficace les contractions utérines.—Enfin, les injections très chaudes peuvent souvent réveiller la contractilité de la fibre utérine et éviter à la femme une intervention.

Il faut songer à tous ces petits moyens, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on craint d'être obligé de recourir au forceps ou même chez laquelle on est appelé pour faire une application de forceps; il faut être bien convaincu que la patience doit être la qualité dominante de l'accoucheur. Il faut se rappeler qu'on fait souvent une œuvre bien plus utile en sachant attendre, en aidant la terminaison spontanée de l'accouchement, qu'en délivrant rapidement la femme à l'aide d'une opération même brillante; il faut se rappeler que la première condition pour qu'une application du forceps soit une bonne opération, c'est qu'elle soit *utile* et surtout *nécessaire*.—Dr. LEPAGE in *Concours médical.*

Digitized by Google

De la mort subite puerpérale, par le Dr. AUVARD.—Parmi les différentes causes de mort subite, les plus fréquentes sont les suivantes: *a*) embolie pulmonaire; *b*) entrée de l'air dans les veines; *c*) syncope; *d*) choc; *e*) hémorrhagies; *f*) maladies diverses. De toute cette série de causes, les trois premières seules produisent, à proprement parler, la mort subite, imprévue, qui frappe la femme dans un état de santé bon en apparence; dans les autres cas, l'accoucheur est toujours plus ou moins prévenu d'une terminaison fatale possible. Etudions les unes après les autres les causes de mort subite.

a) *Embolie pulmonaire.*—La mort est alors due à la pénétration dans le cœur droit et à l'arrêt dans le tronc de l'artère pulmonaire ou de ses branches, d'un caillot migrateur provenant d'une veine périphérique. Pour qu'il y ait embolie pulmonaire, il faut donc: 1° qu'il y ait coagulation du sang dans une veine; 2° que le caillot se détache et soit entraîné par le courant sanguin jusqu'au cœur droit. Les accidents diffèrent suivant que le caillot est plus ou moins volumineux; le lieu commun entre ces accidents, c'est leur gravité et la soudaineté de leur apparition dans un état de santé relativement excellent. Quand la mort subite survient, il s'agit généralement d'une femme qui se lève pour la première fois après ses couches, ou qui s'assied sur son lit pour changer de linge, pour prendre son repas; aussitôt elle pousse un cri, une plainte, souvent à peine a-t-elle le temps de s'écrier: "J'étouffe, je meurs," la tête et le tronc se renversent en arrière: la femme a cessé de vivre. Quelquefois la mort est moins rapide, mais non moins terrifiante. Le diagnostic est assez facile pour les raisons suivantes: soudaineté des accidents, cause de leur production (mouvement de s'asseoir ou de se lever), phlegmatia antérieure, dyspnée, suffocation immédiate, faiblesse du pouls, refroidissement des extrémités.

Le traitement ne peut enrayer les accidents; mais il faut s'opposer à la production de l'embolie en traitant la cause, c'est à-dire la phlébite, et en exigeant à la suite de cette maladie une longue période de repos.

b) *Entrée de l'air dans les veines.*—On admet aujourd'hui la possibilité de l'introduction de l'air dans les veines par les sinus utérins et l'existence de la mort subite par ce mécanisme. L'intensité des symptômes dépend de la quantité d'air qui a été introduite dans la circulation pulmonaire. Ces symptômes ressemblent d'ailleurs beaucoup à ceux de l'embolie pulmonaire: même soudaineté des accidents, même dyspnée, même suffocation, même soif d'air, même anxiété. Les dissemblances portent: 1° sur le moment d'apparition des accidents qui surviennent pendant ou peu après l'accouchement dans les cas d'entrée de l'air dans les veines; 2° sur l'existence de convulsions qui manquent dans l'embolie pulmonaire; 3° sur l'auscultation qui fait entendre au

Digitized by Google

niveau de la région précordiale un bruit particulier, un bruit de battage.

Quand la mort n'est pas instantanée, il faut agir comme si l'embolie aérienne ne devait pas être mortelle et pratiquer la respiration artificielle. La prophylaxie de ces graves accidents est très importante: faire garder à la femme le repos absolu après l'accouchement, lui défendre de s'asseoir et surtout de se lever; la faire coucher sur le dos; ne rien faire pour que l'expulsion du placenta soit très rapide. De plus, quand on fait une injection vaginale ou une injection intra-utérine, il faut prendre garde de ne pas injecter de l'air en même temps que le liquide.

c) *Syncope.*—Les cas, décrits sous ce titre étiologique, ne sont souvent que des faits où on ignore le pourquoi de la mort: l'autopsie est négative, on ne trouve pas de cause suffisante pour expliquer la mort des femmes en couches et on se range, comme pis-aller, au diagnostic syncope.

Cet accident peut survenir à la suite d'hémorrhagies très abondantes ou répétées, à la suite de l'évacuation trop rapide du contenu utérin (hydropisie de l'amnios, grossesse multiple), ou bien à la suite d'une forte émotion morale. Aussi ne faut-il pas changer de position la femme très anémiée qui vient d'accoucher: l'usage du lit de misère doit donc être proscrit.

d) *Choc.*—Les cas de mort rapide par choc surviennent pendant le travail ou peu après l'accouchement: la symptomatologie est plus ou moins analogue à celle du choc consécutif aux grandes opérations et aux grands traumatismes. Il s'agit presque toujours de femmes épuisées par un long travail, par des douleurs vives et prolongées. La rupture de l'utérus, l'inversion utérine totale peuvent encore produire ces phénomènes mortels de choc.

e) *Hémorrhagies.*—En dehors des hémorrhagies graves de la grossesse, comme celles qu'amène l'insertion vicieuse du placenta ou la rupture d'une varice génitale, et qui peuvent être causes de mort rapide, on peut citer trois variétés d'hémorrhagies qui, après l'accouchement, sont susceptibles de produire une mort subite ou plutôt prompte. Ce sont:

1° L'hémorrhagie foudroyante causée par l'inertie utérine; 2° l'hémorrhagie latente ou interne qui se fait dans l'intérieur de l'utérus relâché ou dans le péritoine à travers une solution de continuité du muscle utérin; 3° l'hémorrhagie silencieuse dans laquelle le sang s'accumule dans le vagin et ne s'écoule que peu à peu au dehors.

f) *Maladies diverses.*—Par ordre de fréquence, les affections cardiaques qui peuvent produire la mort pendant l'état puerpéral sont: le rétrécissement mitral, les lésions mitrales complexes, l'insuffisance aortique, l'insuffisance mitrale, la péricardite, la rupture du cœur.—Souvent la mort ne survient pas seulement par syncope, mais encore à la suite de complications pulmonaires.

Digitized by Google

ou pleurales, telles que congestion pulmonaire double, œdème pulmonaire, doubles épanchements pleuraux.

A côté des affections cardiaques et pulmonaires, il faut citer la mort subite par rupture des anévrysmes thoraciques, rupture de l'aorte, hémorrhagie cérébrale, hémorrhagie méningée.—Dr. LEPAGE, in *Concours médical.*

Hémorrhoïdes puerpérales, par M. le prof. BUDIN.—M. Budin, à la Clinique d'accouchements, a consacré une leçon à l'étude des hémorrhoïdes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Chez une femme qui avait des hémorrhoïdes enflammées et étranglées, il fut obligé d'administrer le chloroforme pour obtenir la réduction du paquet hémorrhoïdal. Dès les premières inhalations, la douleur disparut, et les hémorrhoïdes furent réduites sans occasionner de souffrances, alors que la malade avait conscience de ce qu'on lui faisait et de ce qui se passait autour d'elle. M. Budin confirme la vérité de ce fait, nié par plusieurs, que l'analgésie peut être obtenue avec le chloroforme, qu'elle peut permettre d'exécuter quelques opérations sans suppression de sentiment; de cette analgésie à l'anesthésie obstétricale, il n'y a qu'un pas.

Les hémorrhoïdes ne pourront pas être confondues avec les végétations du pourtour de l'anus pendant la grossesse. Un examen attentif permettra de reconnaître une hémorrhagie due à la présence des hémorrhoïdes, et de ne pas l'attribuer soit à un placenta prævia, soit à un avortement imminent.

Pendant le travail de l'accouchement, les hémorrhoïdes peuvent naître sous l'influence des efforts d'expulsion, de la compression du plancher périnéal par la tête fœtale. Quand la tête apparaît à la vulve, elles deviennent extrêmement volumineuses, tendues, et menacent d'éclater, mais ce qu'il y a surtout à craindre, c'est que les veines ne se rompent après le périnée. M. Budin, dans un cas, dut recourir à l'incision médio-latérale préventive du périnée pour prévenir cet accident.

Les hémorrhoïdes sont susceptibles d'apparaître pendant les suites de couches, sous l'influence de la constipation.

En même temps qu'une altération générale, il y a de vives douleurs qui peuvent faire croire à des accidents puerpéraux. Mais l'examen lève les doutes. On doit recourir à la méthode de retournement de la muqueuse rectale, décrite par M. Tarnier, on fera saillir au dehors, des régions assez élevées de la paroi antérieure du rectum où siègent des tumeurs hémorrhoïdaires.

Le pronostic est bénin, le traitement simple. Ce dernier d'abord préventif et s'adressant à la constipation de la grossesse, qui sera combattue par les moyens connus. Si les hémorrhoïdes existent, on fera des lotions avec de l'eau chaude à 50 degrés. Pendant l'accouchement, on devra surveiller et diriger l'expulsion de la

Digitized by Google

tête, et, s'il est besoin, faire l'épisiotomie médio-latérale, comme il a été dit plus haut. Pendant les suites de couches, on fera des badigeonnages de cocaïne et des injections de morphine ; si l'étranglement existe et que les hémorrhoïdes ne se flétrissent pas d'elles-mêmes et rapidement, on devra en opérer la réduction sous le chloroforme.—*Progrès médical.*

PÆDIATRIE.

Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants. —Clinique de M. le Dr. Descroizilles à l'hôpital des Enfants-Malades. Mon intention est de parler aujourd'hui du traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants, à propos d'un cas de cette nature que nous avons aujourd'hui dans nos salles et que je veux vous résumer brièvement.

C'est un garçon de 13 ans qui a été pris brusquement, en pleine santé, d'un frisson violent. C'était le 30 décembre 1888. Il sentit en même temps un point de côté ; mais, sans tenir compte de ces symptômes, il sort et continue ses jeux. Mais il rentre bientôt, et c'est pour se mettre au lit. Nous l'avons vu le lendemain matin.

A ce moment, nous constatons simplement à gauche une grande faiblesse du murmure vésiculaire ; le lendemain de son entrée nous entendons des râles sous-crepitants. Le diagnostic s'impose. Nous prescrivons des ventouses, un vomitif, puis une potion au kermès. Par la suite il survient des crachats rouillés. Le dixième jour la fièvre tombe et les phénomènes d'ausculation disparaissent, de telle sorte qu'aujourd'hui il pourrait être considéré comme guéri, et capable de se lever, si nous étions très circonspect et très prudent sur la première levée.

Voilà donc un type de pneumonie franche chez un enfant. Je crois l'occasion bonne pour vous dire quelques mots du traitement de la pneumonie infantile,

Et tout d'abord, faut-il traiter la pneumonie franche des enfants ? ou bien faut-il s'en tenir à l'expectation ? Question bien embarrassante, quand on veut la résoudre avec ce qui se trouve dans les livres. Ceux d'entre vous, en effet, qui sont au courant de la question par leurs lectures, savent que d'éminents pathologistes dont l'autorité fait foi en pathologie infantile, enseignent que non seulement il est inutile de traiter les jeunes sujets atteint de pneumonie, mais encore que le traitement est nuisible. Traiter la pneumonie, d'après eux, c'est prolonger la durée, affaiblir le malade dont la convalescence s'éternise, c'est quelquefois provoquer un désastre.

Digitized by Google

A mon sens, cette opinion est exagérée et les pathologistes qui l'ont accréditée sont allés trop loin en conseillant l'abstention systématique et l'expectation complète. Agir d'après leurs préceptes, dans tous les cas, serait fort imprudent. Il faut seulement vis-à-vis de la pneumonie franche, comme vis-à-vis de la plupart des autres maladies, on pourrait dire de toutes les autres maladies observées chez les enfants, savoir s'en tenir en thérapeutique au strict nécessaire, parer aux principales indications, atténuer dans la mesure du possible les symptômes les plus pénibles pour le malade. On dit que la plupart des cas traités par l'expectation ont une très courte durée ; peut-être leur durée eût-elle été plus courte encore, s'ils eussent été traités avec un peu plus d'énergie. On dit, d'autre part, que les cas dans lesquels une médication a été faite, sont plus longs et suivis d'une convalescence plus difficile, d'un rétablissement plus tardif et moins décisif que ceux dans lesquels l'état pathologique a été abandonné à lui-même ; mais qui nous prouve qu'on ait raison en tenant ce langage ? Ces cas de pneumonie auxquels je fais allusion, sont peut-être des cas exceptionnellement rares ; leur longue durée, leur terminaison incomplète ou même fâcheuse sont peut-être imputables à leur nature particulière, à celle du terrain affecté, et non à tel ou tel système curatif appliqué mal à propos. Nous avons tendance, nous autres médecins, à nous accuser trop volontiers de méfaits dont nous ne sommes pas coupables. Nous arrivons trop souvent aussi au découragement, le défaut capital chez un médecin et qu'on ne rencontre jamais, soyez-en sûrs, chez les charlatans. Néanmoins, la question d'abstention en thérapeutique offre encore un côté qu'on ne peut passer sous silence : ce sont les préoccupations des parents qui ne comprennent pas souvent nos hésitations, et nous reprochent ou un manque de confiance dans nos moyens thérapeutiques, ou un défaut d'énergie dans leur application.

Sachez d'ailleurs que les enfants, surtout les enfants de 8 à 15 ans, supportent admirablement les médications les plus actives. Je vous rappellerai que bien de ces pneumonies, qui ont au début toutes les allures d'une pneumonie aiguë, ont après ce commencement si franc une allure douteuse et finalement une marche analogue à celles des maladies chroniques, et que toute affection de poitrine chez l'enfant est à surveiller, à suivre ; vous savez aussi que la tuberculose infantile apporte souvent au début la physionomie de la phlegmasie la plus franchement aiguë.

Vis-à-vis des cas de cette nature, le praticien n'aura jamais raison ; s'il n'a pas agi on lui reprochera son inaction comme une impuissance,son inertie comme de l'ignorance, on lui imputera à mal la fâcheuse tournure qu'a prise la maladie. Et lui-même ne sera peut-être pas en droit de s'absoudre complètement.

Il faut donc traiter la pneumonie ; rester dans l'expectative c'est presque toujours laisser échapper l'occasion *de soulager le*

Digitized by Google

malade, de lui venir en aide pour lutter contre le mal, mais ceci posé, comment agir? A quelle médication s'arrêter? Aurons-nous recours aux antiphlogistiques, aux révulsifs, aux antithermiques, aux contre stimulants, aux excitants diffusibles, aux béchiques, aux toniques, aux calmants? De cette longue énumération tout est à retenir, il faut savoir y choisir : là est le secret de la médication du choix. C'est au tact du médecin d'appliquer à chaque cas particulier ce qui lui convient, et ce qui peut être utile au malade.

La pneumonie est une maladie inflammatoire. Les antiphlogistiques ont donc leur raison d'être ; et au premier rang de ceux-ci j'ai nommé les émissions sanguines. Autrefois, et ce temps-là n'est pas encore si éloigné, on saignait, on saignait même plusieurs fois. De nos jours la phlébotomie a perdu ses adeptes, et c'est à juste titre que Barthez, Sanné, Trousseau et autres proscrivent absolument la saignée générale dans la pneumonie aiguë des enfants. Je n'ai pour ma part jamais cru devoir la conseiller ; et ceux d'entre vous qui vont exercer dans les villes et principalement dans les grandes villes n'auront jamais l'occasion peut-être d'y avoir recours. Mais ceux qui exerceront dans les campagnes où la vie au grand air et l'exercice rendent les enfants moins chétifs et plus sanguins que dans les villes, pourront peut-être rencontrer chez leurs malades les indications de la saignée. Lors donc que chez un jeune sujet atteint de pneumonie vous rencontrerez les signes de pléthore, un pouls plein et résistant, une forte coloration de la face avec céphalalgie, une haute température, de l'agitation, de la dyspnée, enfin de la turgescence des veines superficielles du cou, vous pourrez prescrire une saignée, et rendre ainsi service à votre malade. Dans ce cas, si vous y avez recours, tirez 100, 120, 150 grammes au plus, et n'y revenez pas.

Voilà pour la saignée générale, moyen exceptionnel. Mais il n'en est pas de même des émissions sanguines locales. Les ventouses scarifiées sont un excellent moyen, vous me voyez y avoir souvent recours. Deux ou trois ventouses, donnant deux ou trois cuillerées de sang, rendent des services signalés, dans les cas où il y a un point de côté violent et de la dyspnée. Une seule application suffit. Je ne vous recommande pas les sangsues, dont l'emploi provoque beaucoup de répugnance chez les enfants et qui sont mêmes parfois inapplicables.

Le point de côté peut aussi se calmer avec une injection de morphine, mais beaucoup d'enfants ont une telle appréhension de ces piqûres que ce moyen n'est pas toujours des plus faciles, surtout si on doit le renouveler.

A l'égard de la méthode révulsive, voici ce que je puis vous dire en peu de mots. Le vésicatoire est peut être parfois inutile, mais il ne me parait pas avoir les inconvénients, ni entraî-

Digitized by Google

ner les dangers qu'on a signalés dans ces dernières années, si on l'applique avec toutes les précautions et tous les ménagements nécessaires vis-à-vis des enfants. La préparations liquides à l'aide desquelles la vésication est obtenue en quelques minutes peuvent rendre ici d'importants services.

Les vésicatoires ont certainement leur utilité, et principalement à la fin de la maladie, lorsque la défervescence tardive ne se fait pas bien, ou bien lorsque les phénomènes d'auscultation ne se modifient pas.

C'est à ce même titre que les applications d'iode peuvent être recommandées.

La température du malado est parfois assez haute et d'une façon assez persistante pour qu'on ait recours aux antithermiques, l'antipyrine en tête, à des doses qui ne dépasseront pas 0,60 à 0,75 centigrammes par 24 heures. Je ne suis pas l'adversaire des bains tièdes ou froids, je ferai simplement remarquer que dans notre milieu parisien, ils sont rarement d'une utilité incontestable et puissante, et que d'ailleurs, pour les appliquer avec fruit, il faut un outilage qui fréquemment fait défaut, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile.

On a dit le plus grand mal de la médication contre-stimulante relativement à la pneumonie franche de l'enfant, et en particulier de l'émétique : je crois qu'il y a dans cette défiance beaucoup d'exagération. On a parlé de collapsus, de prolongation de la maladie, d'eschares. C'est d'aller un peu loin, la méthode rasorienne n'est pas applicable toujours, mais elle peut rendre et rend des services. Pour mon compte j'avoue que je le prescris quelquefois à la dose de 1 décigramme, soit dans de l'eau pure, soit dans de l'eau mélangée de sirop de sucre. Non seulement le tartre stibié peut rendre des services en s'opposant à la persistance et à l'excès d'une stimulation contre laquelle il est bon de lutter, mais encore il agit à peu près invariablement comme évacuant, au moins dans certaines limites, et sous ce rapport, il est avantageux de l'employer pour atténuer l'état saburral qu'il n'est pas rare d'observer au commencement de la maladie. Toutefois, je ne prescris pas l'émétique aux enfants au-dessous de dix ans; je ne le prescris, quand j'en use, que pour une journée, et j'en fais suspendre l'emploi, si je vois survenir quelque phénomène m'indiquant que la contre-stimulation est suffisamment obtenue.

A la suite de l'émétique, je signalerai la poudre de James composée d'oxide blanc d'antimoine et de phosphate de chaux.

Voici quelques formules que j'emploi :

Emétique.....	0 gr. 10 à	0 gr. 15
Eau.....	60 —	à 80 —

ou bien

Digitized by Google

Emétique	0 gr. 10 à	0 gr. 15
Eau	40 —	à 50 —
Sirop	20 —	à 30 —

par cuillerées à café ou à dessert.

La poudre de James a la composition suivante :

Oxyde blanc d'antimoine	1 partie.
Phosphate de chaux	2 parties.

Chez un bon nombre de jeunes malades, on est conduit par leur physionomie générale, par leur faiblesse, par leur détérioration antérieure à l'apparition de la pneumonie, à prescrire de prime abord les excitants diffusibles et les diaphorétiques, l'acétate d'ammoniaque, le café, l'eau-de-vie en nature ou en potion, le rhum, les vins généreux. Citons à la suite de ces agents la poudre de Dover, à la dose de 0,25 centigr. à 1 gramme par jour.

Certains enfants ont dès le début de très hautes températures, 40°, 40,5. En pareil cas on peut s'adresser avec avantage aux antithermiques ; l'antipyrine à la dose de 0,80 centigr., l'acide phénique, le salicylate de soude. Je ne suis pas très partisan des bains froids. On a dit qu'ils avaient des indications très nettes et rendaient de grands services, dans les cas où il y a dyspnée, de l'angoisse, une température très élevée. C'est possible. Mais dans notre milieu nous avons rarement l'occasion formelle d'y avoir recours, et puis, l'outillage nous manque, car c'est un point d'une grande importance dans l'application des bains froids, pour qu'on puisse en user sans danger.

J'arrive maintenant au traitement de ces formes qu'on a, du fait de la prédominance d'accidents nerveux plus ou moins graves, caractérisées du nom de pneumonies cérébrales : c'est ici qu'intervient alors la médication spasmodique et calmante, le musc, le bromure de potassium, le laudanum. Si le délire est le symptôme dominant, c'est à l'ergot de seigle, médicament prôné par M. le Dr de Gassicourt que nous aurons recours, à la dose de 0,50 à 1 gramme dans la journée. Enfin ce même médecin, avec son autorité particulière, commande également de hautes doses de chloral, 2, 3, 4 grammes par jour selon les cas et selon l'âge de l'enfant.

Tels sont les moyens que l'arsenal thérapeutique met à notre disposition. Mais n'oublions pas que les enfants sortent le plus souvent anémiés de cette maladie, qu'ils grandissent : donc jamais de diète absolue, complète. Alimentez vos malades le mieux et le plus vite qu'il vous sera possible. D'ailleurs, l'appétit de vos jeunes clients le demandera souvent et de bonne heure après les premiers jours de fièvre.

Digitized by Google

Reste la question de la première sortie. Je ne saurais trop à ce sujet vous recommander la prudence. Gardez vos malades au lit pendant 10 à 12 jours, et permettez la première sortie seulement au commencement de la troisième semaine.

En résumé, il y a un traitement de la pneumonie dans la première enfance, mais c'est en vain que vous prétendriez à une formule : il n'y en a pas. Il y a des indications symptomatiques, auxquelles un médecin qui sait et qui agit est tenu d'obéir. Et, dans ce traitement comme en toutes choses en médecine, il y va de l'intérêt du malade et du médecin de s'abstenir de toute exagération du système.—*Gazette médicale de Paris.*

De la néphrite consécutive à la varicelle, par M. L. Unger.—On sait que c'est le professeur Henoch, qui a signalé, le premier, en 1884, la présence de l'albumine dans l'urine à la suite de la varicelle. Des cas semblables ont été publiés depuis par Hoffmann, Wichmann, Hœgyes, etc. M. Unger a apporté à son tour sept nouvelles observations dans lesquelles il y eut des lésions plus ou moins marquées du rein à la suite de la scarlatine. L'albumine apparaît du sixième au douzième jour après que les vésicules se sont desséchées : ses degrés sont divers.

Dans une première catégorie de faits il n'y a pas de troubles généraux, pas de fièvre, seulement un peu d'albumine dans l'urine qui renferme aussi quelques cellules épithéliales dégénérées et des cylindres colloïdes, quelques leucocytes.

Dans la deuxième catégorie on note un peu de fièvre (38° à 38°,5), de l'agitation et de la mauvaise humeur, quelques douleurs stomacales. L'urine est diminuée, trouble, laisse un dépôt sale, grisâtre ou jaunâtre ; on y trouve une grande quantité des épithéliums du rein dégénérés, en cylindres hyalins et granuleux, des globules blancs et quelques globules rouges. L'albuminurie est notable.

Dans la troisième catégorie, qui ne comprend d'ailleurs qu'un seul cas, la fièvre atteignit 39°,5 et s'accompagna de douleurs au niveau des reins, de dysurie, d'œdème de la face et des malléoles, de vomissements et de dyspnée. L'urine est rare, sanguinolente, laisse un dépôt gélatineux d'un brun sale, contient des globules rouges en grand nombre, des cellules et des cylindres granuleux remplis de globules, une très notable quantité d'albumine. Il faut dire que l'enfant était convalescent d'une pneumonie grave.

La guérison survint d'ailleurs chez tous ces petits malades.—*Praticien.*

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Epilepsie.

P.—Valérianate de zinc ..... 1 drachme
Extrait de belladone ..... 6 grains
Poudre de digitale ..... 6 "

M.—Faire 20 pilules.—*Dose :* Une pilule trois fois par jour.—*Cincinnati Medical News.*

Dentition douloureuse.—*Viguier.*

P.—Cocaïne ..... 2 grains
Sirop ..... 2½ drachmes
Teinture de safran ..... 10 gouttes

M.—En frictions sur les gencives douloureuses, plusieurs fois par jour.—*La clinique.*

Hémorrhoides.

1o P.—Teinture d'hamamélis ..... 6 drachmes
Lanoline ..... 3 "
Vaseline, q. s. pour ..... 8 onces

2o P.—Teinture d'hamamélis ..... 6 drachmes
Acide tannique ..... 2 "
Lanoline ..... 3 onces
Vaseline, q. s. pour ..... 8 "

Western Druggist.

Injection Brou.

P.—Opium .....
Cachou ..... ãã 1 partie
Safran ..... 2 parties
Eau bouillante ..... 400 "

Infuser, filtrer et ajouter :
Acétate de plomb ..... 3 "
Sulfate de zinc ..... 6 "

Journal de Pharmacie.

Prurit de l'anus et de la vulve.

P.—Hyposulfite de soude ..... 15. grammes
Acide carbolique ..... 2.5 "
Glycérine ..... 8.0 "
Eau distillée ..... 120.0 "

M.—En lotions.—*Dublin Journal of Medical Sciences.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, AVRIL 1889

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année** pour les médecins, et de **$2.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain*, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés r·st·ent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

L'albuminurie intermittente et physiologique.

Au cours d'un article datant déjà de novembre 1887, nous avons résumé, au sujet de la signification pathologique de l'albuminurie intermittente et soi-disant physiologique, les opinions émises à cette époque par SEMMOLA, de Naples, DUBREUILH, de Bordeaux et JOHNSON, de Londres. La conclusion était que cette albuminurie, quelle que fût l'apparente bonne santé du sujet, devait dans tous les cas comporter un pronostic réservé. Pour Johnson, disions-nous, toutes les albuminuries physiologiques sont des néphrites latentes.

Depuis, l'on a continué de s'occuper de cette importante question, et de tous les travaux publiés, depuis la fin de 1887 jusqu'à aujourd'hui, à ce sujet, ceux de Stewart, de Tyson et de Johnson sont à coup sûr les plus remarquables, tant par leur valeur intrinsèque que par l'autorité incontestable de leurs auteurs.

Digitized by Google

Grainger STEWART dit avoir constaté, après examen de l'urine dans 407 cas, la présence de l'albumine chez *un tiers* des sujets réputés sains. La proportion serait énorme, comme on le voit. L'auteur, tout en ne reconnaissant pas l'existence de l'albuminurie dite physiologique, admet cependant que la présence d'albumine chez les sujets réputés sains est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit (⅓ de la population); qu'on la constate plus souvent chez ceux se livrant à un exercice violent; qu'elle se fait remarquer plus spécialement après le déjeûner; qu'enfin la seule albuminurie ne doit pas, par elle-même, être, pour la compagnie d'assurance, une raison de refuser les applicants. En résumé, Stewart, tout en faisant certaines réserves assez vagues, incline à croire que l'albuminurie des sujets réputés sains d'ailleurs est beaucoup plus bénigne qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

TYSON, de Philadelphie, dans une communication au Congrès de Washington, admet l'*innocuité* de l'albuminurie et l'admissibilité d'un risque d'assurance dans les conditions suivantes: 1o si l'appliquant présente, sous tous les autres rapports, les signes d'une santé parfaite; 2o si l'albuminurie ne s'accompagne pas de la présence de cylindres urinaires; 3o si la quantité d'albumine ne dépasse pas le cinquième du volume de l'échantillon examiné; 4o s'il y a absence d'albumine le matin, au lever, et si la densité de l'urine des 24 heures ne descend pas au-dessous de 1015; 5o s'il n'y a pas signe d'hypertrophie du cœur ni d'élévation de la tension artérielle; 6o si le sujet ne dépasse pas 40 ans; 7o s'il n'y a pas de symptôme de goutte et de lésions de la rétine.

Nous doutons fort que le premier albuminurique venu puisse soutenir les rigueurs d'un examen ayant pour but de déterminer ces divers points. Cependant, dans l'esprit de Tyson comme dans celui de Stewart, l'albuminurie peut être physiologique.

JOHNSON, dont tous nos lecteurs connaissent la haute compétence en matière de Brightisme, se range à un avis opposé et, dans un article communiqué tout récemment (2 février 1889) au *British Medical Journal*, établit que:

1. La présence de l'albumine dans l'urine, quoique en petite quantité et intermittente, est toujours un phénomène pathologique.

2. L'examen des urines dans les maladies, même les plus légères, a fait découvrir l'albuminurie chez beaucoup de jeunes gens et d'adolescents qui sont très aptes à en subir les causes, telles que le froid, l'humidité, le surmenage.

3. L'albuminurie intermittente ou persistante des personnes jouissant d'une bonne santé apparente n'a pas un aspect clinique assez particulier pour justifier les termes de physiologique, fonctionnelle ou cyclique. Le terme d'albuminurie de l'adolescence est d'autant plus impropre que ce symptôme s'observe à tout âge.

4. Dans presque tous les cas d'albuminurie, il est possible par un examen soigneux de remonter à la cause.

Digitized by Google

5. Presque tous les cas de néphrite aiguë passent par un stade d'albuminurie intermittente en marchant vers la convalescence, et inversement on peut presque toujours relever l'existence d'une néphrite aiguë dans les antécédents d'une albuminurie intermittente.

6. L'albuminurie intermittente est curable si l'on tient compte de ses causes en les combattant par des moyens appropriés, tandis que leur négligence conduit à la forme persistante qui elle-même peut entraîner des désordres irrémédiables des reins, alors même qu'elle ne se révèle par aucun trouble de la santé générale.

7. Il résulte de ces prémisses qu'on doit examiner l'urine dans toute maladie, si bénigne qu'elle soit en apparence, comme chez tout candidat à l'assurance sur la vie, quelque robuste qu'il soit.

8. En outre, il faut examiner l'urine non seulement après le repos au lit, mais avant et après le repas et les exercices corporels.

Il résulte donc de ce qui précède que la seule présence d'albumine dans l'urine, si elle n'est pas par elle-même une raison péremptoire de faire rejeter un *risque* alors que le sujet paraît parfaitement sain d'ailleurs, il n'en est moins avéré qu'il s'agit là d'un état que l'on pourrait appeler extra-physiologique et au sujet duquel l'avenir seul peut nous aider à infirmer ou à confirmer un pronostic qui, dans l'espèce, doit toujours être réservé.

Encore le traitement du tabes.

Dans un précédent article, (livraison de mars) nous avons mentionné les bons résultats obtenus par M. Charcot dans le traitement du tabes par la suspension, tout en nous demandant quel pouvait bien être le mode d'action de celle-ci: modifications dans la circulation de la moelle ou élongation des nerfs qui en émanent. Cette dernière hypothèse serait-elle la vraie? Les résultats obtenus par Benedikt, de Vienne, sembleraient le prouver dans une certaine mesure. Benedikt a amélioré considérablement deux tubétiques en pratiquant sur eux l'élongation des nerfs ischiatiques. Les symptômes améliorés ont été: les douleurs névralgiques, l'anesthésie, les douleurs rachialgiques, l'incoordination motrice, la paraparésie.

Le succès de l'élongation, d'après Benedikt, dépend de la période à laquelle on la pratique. Si l'application est récente, le succès est certain. Quand la maladie est invétérée, les chances sont moindres, mais même dans ces cas on obtient avec l'élongation des succès que ne donne aucun autre agent thérapeutique. Enfin, l'élongation non sanglante semblerait être moins efficace que l'élongation sanglante.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DUDLEY.—*Pressure forceps versus the ligature and the suture in vaginal Hysterectomy* by E. C. DUDLEY, Chicago, Philadelphia and Wm. J. DODNAN, printer, 1888.

THÉVENIN—**Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles,** par ED. THÉVENIN, revu par H. DE VARIGNY, docteur ès sciences, 1 fort volume in-18 de 630 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné à l'anglaise, 5 francs, (FÉLIX ALCAN, éditeur.)

Tous les termes se rapportant aux sciences suivantes y sont expliqués succinctement : *physique, chimie* (avec les formules des corps composés), *botanique, zoologie, géologie, minéralogie, agriculture, mathématiques, astronomie, médecine, physiologie, biologie, pharmacie, chirurgie, art vétérinaire, etc.* Ce livre comble une lacune dans les bibliothèques des personnes qui ne peuvent acheter les grands dictionnaires. Il sera utile à tous ceux qui s'intéressent aux sciences, à ceux qui, lisant des ouvrages et des journaux scientifiques ou des comptes-rendus de sociétés savantes, peuvent être arrêtés à chaque instant par des termes techniques dont l'explication ne se trouve pas dans nos lexiques français. Il rendra également les plus grands services aux étrangers, les dictionnaires en deux langues ne contenant pas en général l'explication des mots scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Notre bienveillant confrère de l'*Hygiène pratique* (Paris) a reproduit de nombreux extraits de l'article de M. le Dr. Brennan sur l'*hygiène scolaire et domestique des enfants.*

Au moment où nous mettons sous presse, les examens pour l'admission à la pratique de la médecine ont lieu dans les diverses Facultés à Montréal et à Québec. Dans notre prochain numéro nous donnerons une liste complète des candidats heureux.

Association des internes de l'hopital Notre-Dame.—La prochaine réunion se tiendra à l'hôpital, jeudi, le 18 avril, à 8.30 p.m.

Ordre du jour—Dr. CORMIER : *Un cas de lithiase rénale.*

Dr. DESROSIERS : *Calculs du rein au cours de la maladie de Bright* (pièces pathologiques).

Un cas de congestion pulmonaire traité par la saignée.

Congrès international de thérapeutique et de matière médicale.—Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le Congrès aura

Digitized by Google

lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. MOUTARD-MARTIN, président ; DUJARDIN-BEAUMETZ, vice-président ; CONSTANTIN PAUL, *secrétaire général ;* P.-G. BARDET, *secrétaire général adjoint ;* LABBÉ, *secrétaire de la section de thérapeutique*, et R. BLONDEL, *secrétaire de la section de matière médicale.*

Le congrès sera divisé en deux sections : l'une de *thérapeutique*, l'autre de *matière médicale.* Chacune des deux sections pourra délibérer à part dans des salles séparées, aux séances de la matinée consacrées aux questions particulières laissées au choix des membres du congrès ; les séances du jour seront communes et réservées à la discussion des questions posées par le Comité d'organisation du congrès.

Première question.—**Des antithermiques analgésiques :** Chimie et pharmacologie de ces corps,—action physiologique et usages thérapeutiques,—lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique. (Rapporteur, M. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

Deuxième question.—**Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes :** Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale,—étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration. (Rapporteur, M. CONSTANTIN PAUL.)

Troisième question.—**Des toniques du cœur :** Leur nature,—leurs actions spéciales,—valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides. (Rapporteur, M. BUCQUOY.—

Bismarck et son médecin.—A la première visite que M. le docteur SCHWENINGER fit au chancelier, l'entretien commença avec grâce et cordialité. Mais le médecin devient pressant, questionneur. Bismarck, trouvant que le médecin lui en demande trop, s'impatiente et éclate tout à coup :

—Ah ça ! avez-vous bientôt fini de m'interroger ? Cela commence à m'agacer, toutes ces questions dont on ne voit pas le bout !

—Ce sera comme il vous plaira, monseigneur. Mais je dois vous prévenir que, si vous voulez être guéri sans repondre à des questions, vous ferez bien mieux de vous adresser à un vétérinaire. Ces sortes de gens-là ont l'habitude de guérir leurs malades sans les questionner.

A ces mots, le chancelier tressaute sur sa chaise, lançant à son interlocuteur des regards furieux. Comme disait Schweninger, "si ses yeux avaient été des pistolets, j'aurais été tué raide."

Digitized by Google

Mais le médecin qui savait à quoi s'en tenir, ne broncha pas ; il soutint d'un œil calme les regards furibonds de Bismarck, qui se calma peu à peu et, se rasseyant, lui dit de son ton le plus tranquille :

—Eh bien ! questionnez moi, puisqu'il le faut, mais tâchez de faire vite. J'ose espérer, d'ailleurs, que votre talent en médecine sera aussi remarquable que la grossièreté dont vous venez de faire preuve à mon égard.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur LEGOUEST, ancien professeur de clinique chirurgicale au Val de Grâce, membre de l'Académie de médecine.—A Montréal. R. P. HOWARD, M.D., L. L. D., doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill et professeur de pathologie interne à la même faculté. Cette mort est un grand deuil pour la profession médicale de la province. L'Université McGill perd le plus aimé et le mieux doué de tous ses professeurs, et peut-être celui qui s'était le mieux et le plus intimement identifié au succès de cette institution, dont il a été, au moins en ce qui concerne la faculté de médecine, l'âme agissante et dirigeante pendant près de trente ans. Dans le cours de sa carrière médicale, M. le Dr Howard a été successivement président de l'Association médicale du Canada, président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, président de la Société Médico Chirurgicale de Montréal, un des vice-présidents de l'Association des médecins américains, et secrétaire du bureau de direction du *Montreal General Hospital*, position qu'il occupait encore au moment de sa mort. Travailleur infatigable, M. le docteur Howard était ce qu'on est convenu d'appeler une *autorité* en médecine, et les articles remarquables qu'il a fait publier, tant dans les revues de médecine que dans le *System of Medicine* du professeur Pepper, suffiraient à établir sa renommée si elle ne l'était déjà. Praticien habile autant qu'heureux, pathologiste éminent, clinicien consommé, toujours affable pour ses malades comme plein d'urbanité envers ses confrères, le docteur Howard laisse au sein de la profession, un vide difficile à combler.

MM. John Wyeth et frère viennent de doter la thérapeutique d'un excellent mode d'administration des médicaments, consistant en tablettes ou pastilles comprimées et facilement solubles. Donnés sous cette forme, les médicaments, outre qu'ils se dissolvent parfaitement, et s'absorbent de même, se prêtent à un dosage exact et pour ainsi dire mathématique, avantage toujours précieux, surtout quand il s'agit de médicaments actifs, alcaloïdes, etc. Administrés ainsi, les médicaments nous donnent des effets se rapprochant de ceux observés à la suite des injec-

Digitized by Google

tions hypodermiques. Tous les principaux agents de la pharmacopée ou leurs principes actifs ont été mis ainsi sous forme de pastilles par MM. Wyeth, et l'expérience que nous en avons nous encourage à en continuer l'emploi.

VARIÉTÉS

Le traitement interne de la gonorrhée, à la Société de médecine de Berlin. Communication de M. le docteur POSNER. —Nous croyons devoir appeler tout particulièrement l'attention de nos confrères praticiens sur une communication faite dans une des dernières séances de la *Société de médecine de Berlin*, par le docteur POSNER, communication relevée par la *Deutsche Medizinal zeitung*, (juillet 1886), et reproduite par *The medical Record* du 22 janvier dernier.

Il s'agit du *traitement interne de la gonorrhée*.

Après avoir remarqué que les investigations récentes concernant le *gonococcus*, tout en étant d'un grand intérêt, n'ont pas aidé beaucoup au traitement pratique de la gonorrhée, qui consiste toujours dans le vieil usage des injections, dont l'action essentielle n'est pas de tuer le gonococci, mais de guérir l'inflammation de la muqueuse, le docteur Posner estime qu'il est temps de revenir à une méthode thérapeutique ancienne, malheureusement trop négligée en Allemagne, et tombée en désuétude : il veut parler du traitement de la gonorrhée par les médicaments *internes*. Ce qui fait, à son avis, que l'on a accordé si peu d'attention à cette méthode, c'est que ces médicaments étaient mal supportés par le malade.

Suivant l'exemple et les recommandations d'auteurs français et anglais, le docteur Posner a fait des essais multipliés avec un remède qui jouit d'une grande réputation, " *oleum santali* " ; il a été souvent entraîné à ces expériences par la conviction que, malgré leur action favorable dans certains cas et à certaines périodes de la gonorrhée, les injections ne peuvent être supportées par bon nombre de malades, et qu'elles sont même susceptibles d'effets très nuisibles.

D'après ses expériences, le docteur Posner a pu constater que, dans tous les cas, l'huile de santal a été mieux tolérée que les autres balsamiques, et son influence a été, sous tous les rapports, des plus favorables. Dans des cas où l'affection ne datait que de 4 à 5 semaines, il a réussi à obtenir la guérison par ce remède seul ; dans d'autres cas, il a ajouté, vers la 3e semaine, une injection de de résorcine, avec beaucoup de succès.

Digitized by Google

Les faits les plus importants et les plus difficiles sont ceux où la gonorrhée, s'accompagnant de complications d'épididymite, cystite, prostatite, ne permettent pas l'emploi des injections. C'est surtout dans ces cas-là que le docteur Posner voudrait recommander de s'abstenir absolument des injections et de n'appliquer que l'*oleum santali.* Il a constaté que dans les catharres aigus de la vessie, avec l'urine rougeâtre et troublée, ce remède a essentiellement soulagé dans peu de temps, et que l'urine redevenait claire, à la suite seulement de quelques doses. Ce résultat s'applique également aux cas très invétérés de cystites, et prostatites, où se montre toujours une influence très favorable sur le ténesme vésical et sur la clarification de l'urine.

Dans le cas de *gonorrhée chronique*, M. Posner est moins partisan de ce remède. Son effet cependant dépend beaucoup de la pureté de la préparation, qui se trouve dans le commerce sous différentes formes. La forme la plus recherchée est une préparation française nommée " Sandal Midy ". Elle consiste en des capsules très fines et très élégantes, qui sont faciles à prendre et bien supportées. Les malades en prennnent par jour 10 à 12 capsules à 5 gouttes. Plus difficile à prendre est une préparation allemande, également présentée sous forme de capsules. Pour mieux supporter l'huile, l'on y peut ajouter un peu d'acide muriatique. Afin d'éviter le goût et l'odeur un peu désagréables, M. Posner a donné l'huile en y ajoutant quelques gouttes d'huile de menthe, et cela dans des doses de 20 à 25 gouttes, trois à quatre fois par jour.

M. W. Lublinsky a eu l'occasion, depuis plusieurs années d'appliquer l'*huile de Santal*, à la suite d'une recommandation d'un médecin anglais. M. Lublinsky ne peut que confirmer en tous points les résultats de M. Posner. L'application est la même que pour le baume de copahu, avec cet avantage qu'il n'incommode pas l'estomac autant que celui-ci.

M. Lublinsky ordonne 10 à 12 capsules à 0,3 *Oleum Santali* par jour, et fait continuer en augmentant jusqu'à 20 capsules par jour. En faisant prendre l'huile même, il a ajouté des pastilles de menthe. Surtout dans le cas de ténosme violent, ce remède est très efficace, même lorsque la vessie est affectée.

M. Casper confirme, en général, les observations de M. Posner. Il a eu l'occasion de connaître le médicament en question en Angleterre, il y a deux ans, et s'en est servi depuis presque exclusivement. Ce remède donne un succès éclatant, surtout dans le cas où le siège de la gonorrhée est dans les parties postérieures de l'urèthre ; l'estomac le supporte bien plus facilement que le baume de copahu. Mais M. Casper trouve que les doses ordonnées par M. Posner sont trop fortes. L'huile de Santal (*Oleum ligni Santali*) qui vient des Indes Orientales, est celle qu'on peut surtout recommander. M. Casper la prescrit trois fois par jour à raison de 10 gouttes, en capsules.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

LETTRES AUX DEUX WILFRID.

HUITIÈME LETTRE.

De l'hémoptysie.

Mes chers amis,

Vers la fin de l'année dernière, je fus appelé à voir en consultation M. B***, avocat, âgé de 27 ans, qui depuis plusieurs jours crachait du sang avec abondance. Quoique jouissant ordinairement d'un état de santé relativement bon, néanmoins, depuis cinq ans, il était tourmenté par une diarrhée rebelle qui, suspendue par un traitement approprié, revenait toujours avec une désespérante opiniâtreté. Pendant l'été il avait dû aller demander à une villégiature prolongée le rétablissement de ses forces qu'un surcroît de travail avait fortement contribué à épuiser.

Tout paraissait être rentré dans l'ordre quand, un jour, immédiatement après son repas, il fut pris de cette hémorrhagie pour laquelle on venait réclamer mes soins.

J'appris que son père et sa mère vivaient encore et jouissaient d'une excellente santé, mais trois de ses tantes sont mortes phtisiques.

Que devais je conclure des accidents que j'avais sous les yeux? Et d'une manière générale, quand vous vous trouvez en présence d'un malade qui crache du sang, que devrez-vous penser? Que devrez-vous dire? Que devrez-vous faire?

D'abord, mes chers amis, il importe que vous vous assuriez, avant tout, que le sang rejeté par le malade provient du poumon et non de l'estomac, car il est parfois facile de confondre l'hématémèse avec l'hémoptysie. Vous éviterez de commettre cette erreur en vous rappelant que dans l'hématémèse le sang vomi est extrêmement abondant, fluide et noir comme l'encre, tandis que dans l'hémoptysie. il est le plus souvent rouge, vermeil, rutilant. L'hématémèse, d'ailleurs, accompagne ordinairement le cancer ou l'ulcère de l'estomac, et en examinant attentivement l'histoire du cas, vous retrouverez sans peine les symptômes propres à ces deux dernières maladies.

Ce premier point résolu, voyons un peu quels sont les états pathologiques dans lesquels on rencontre généralement l'hémoptysie

Digitized by Google

Je ne citerai que pour mémoire l'hémophilie, cette étrange perturbation de l'organisme qui transforme, pour ainsi dire, le malade tout entier en une immense éponge imbibée de sang toujours prêt à s'échapper de sa prison vasculaire par exsudation, ou plutôt par effraction, comme le veulent aujourd'hui les nouvelles doctrines. Les hémoptysies qui surviennent dans ces circonstances sont facilement rapportées à leur véritable cause : leur origine est indiquée en lettres majuscules. Il en est de même des hémoptysies supplémentaires ou complémentaires qui remplacent ou complètent, chez certaines femmes, une éruption cataméniale absente ou avortée. Effort salutaire de la nature qui a recours à cet artifice pour rétablir l'équilibre physiologique troublé par une cause morbide quelconque, nous devons, dans ces cas, favoriser plutôt qu'enrayer le jeu de cette véritable soupape de sûreté.

La grossesse a aussi ses hémoptysies et il ne faut pas l'oublier. Ces hémorrhagies pulmonaires qui surviennent assez fréquemment chez les femmes enceintes, reconnaissent pour cause une fluxion exagérée produite dans le système vasculo-pulmonaire par l'état gravide. Liés à une hypertrophie physiologique du cœur sous la dépendance immédiate de la grossesse, il est évident que ces accidents sont subordonnés aux causes qui leur ont donné naissance et qu'ils disparaîtront avec elles.

Chez mon malade, qui n'est pas hémophilique, l'hémoptysie ne pouvait provenir que de deux sources : une affection du cœur ou la tuberculose. J'examinai le produit de l'expectoration ; c'était du sang pur, rouge, rutilant, fluide ; les parois du vase étaient constellées d'éclaboussures qui témoignaient de la violence de l'hémorrhagie. Or, ce n'est pas, mes amis, ce que vous constaterez dans les hémoptysies cardiaques. En effet, les hémorrhagies que provoquent les maladies du cœur sont dues à une fluxion passive produisant de véritables apoplexies pulmonaires, et le sang que crachent les malades n'est jamais abondant. L'expectoration ne s'étale jamais en nappe au fond du vase qui la reçoit, elle est plutôt composée de crachats isolés, de couleur violacée ou noirâtre. D'ailleurs, ces hémoptysies cardiaques étant dues, dans l'immense majorité des cas, à une insuffisance mitrale, vous n'avez qu'à consulter le cœur pour reconnaître la situation.

C'est ce que je fis pour mon malade ; je ne trouvai absolument rien : pas de bruits physiologiques, pas de souffle à la pointe, cœur normal. J'en conclus que j'avais affaire à une hémoptysie d'origine tuberculeuse, diagnostic assez facile du reste à formuler, dans l'espèce, étant donnés les antécédents personnels et héréditaires que j'avais recueillis ; mais, en l'absence même de ces renseignements, par le fait seul de l'hémoptysie, j'aurais affirmé l'existence de la tuberculose, car, rappelez-vous le bien, toute hémoptysie qui n'est ni supplémentaire, ni hémophilique, ni d'origine cardiaque est tuberculeuse. Quand même le malade n'aurait jamais

Digitized by Google

offert, jusqu'au moment de l'accident, aucun symptôme qui pût vous faire songer à la tuberculose, soyez persuadés que l'ennemi est déjà dans la place, et des tubercules existaient, à l'état latent, dans le poumon depuis plus ou moins longtemps. Toujours tolérés par l'organe et l'organisme, ils ne trahissaient leur présence en aucune façon, néanmoins cette épine de Van Helmont entretenait dans le parenchyme pulmonaire une hypéremie périphymique déterminant peut-être un peu d'essoufflement auquel le malade n'avait jamais fait attention, quand sous l'influence d'un repas copieux, d'un effort, d'une émotion, cette fluxion a acquis soudain une violence suffisante pour faire déborder le vase et donner naissance à l'hémoptysie. Que d'excellentes conditions hygiéniques, qu'une forte et puissante constitution permettent à l'organisme d'être plus tolérant que l'organe pulmonaire, la fièvre ne s'allumera pas, et au bout de quelques jours tout rentrera peut-être dans l'ordre ; mais que cette hémorrhagie pulmonaire survienne dans un organisme affaibli par une des mille causes auxquelles est exposée notre pauvre humanité, cette hémoptysie constituera le premier chaînon d'une série d'accidents progressivement fatals dont le terme sera la phtisie et la mort à une plus ou moins courte échéance.

En voulez-vous un exemple ?

Dans le cours de l'été dernier, je fus appelé à donner mes soins à une jeune femme, mariée depuis six mois et qui venait de faire une fausse couche dont elle ne s'était pas rétablie. Un soir, en se mettant au lit, elle fut prise d'hémoptysie sans que rien dans son état antérieur pût faire soupçonner qu'il existât quoi que ce soit d'anormal du côté des poumons. Alarmé par sa pâleur anémique et les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles elle s'était trouvée placée, effrayé surtout par l'élévation de la température qu'indiquait tous les soirs le thermomètre, je fis part au père de cette jeune femme des craintes que j'entretenais au sujet de sa fille, ne lui cachant pas que je redoutais pour elle une phtisie plus ou moins prochaine dont il nous serait peut-être difficile d'entraver la marche. Je fis difficilement accepter la gravité de mon pronostic, étant donnés les excellents antécédents de la malade ainsi que des autres membres de la famille à l'endroit de la tuberculose. Néanmoins, les accidents s'aggravèrent avec une effrayante rapidité, la fièvre augmenta au lieu de se dissiper, des signes indubitables d'ulcération du poumon ne tardèrent pas à se montrer, une immense caverne se creusa au sommet; la toux, l'expectoration, la fièvre hectique minèrent rapidement cette pauvre malade. Au bout de trois mois, elle succombait aux progrès de la consomption dont l'hémoptysie initiale avait été la première manifestation.

Mais ici, mes amis, se place une question qui depuis la fin du dernier siècle a passionné tous les esprits. Est-ce bien la tuber-

Digitized by Google

culose qui cause l'hémoptysie ? Ou n'est-ce pas plutôt cette dernière qui est le point de départ de l'autre ? Devient-on tuberculeux parce qu'on crache du sang ou crache-t-on du sang parce qu'on est déjà tuberculeux ? En un mot, existe-t-il une phtisie *ab hæmoptœ ?*

Si la valeur d'une hypothèse était en raison directe de l'ancienneté de son existence, j'avoue que la doctrine de la phtisie *ab hæmoptœ* pourrait produire des états de service qui ne seraient pas à dédaigner. En effet, on peut la retracer jusqu'à Hippocrate qui, 365 ans avant J. C., dans ses aphorismes 15 et 16, disait : " Après le crachement de sang, le crachement de pus." " Après le crachement de pus, phtisie et flux." Et plus loin : " Dans le crachement de sang, la consomption et l'expectoration du pus." (Aphor. 19). Dans son livre *De morbis*, il est plus explicite : " Lorsque quelques-unes des veines du poumon se rompent, une partie du sang épanché est expectoré ; une partie, au contraire, se répand dans le poumon, s'y putréfie, et, après s'être putréfiee, fait du pus."

Cette doctrine que le sang épanché dans le poumon se corrode et y forme du pus a été acceptée par presque tous les médecins de l'antiquité ; pour eux, il était évident que l'hémoptysie est la cause et non l'effet de la consomption. Dans des temps plus rapprochés de nous, les auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont fait que moderniser, pour ainsi dire, les idées du vieil Hippocrate ; comme nous le verrons, c'est toujours la même théorie exprimée toutefois en des termes plus conformes aux notions médicales actuelles.

En 1696, un médecin anglais, Morton, dans un livre intitulé : " *De phtisi ab hæmoptœ ortu,*' reconnaît que la phtisie pulmonaire survient le plus souvent et le plus vite après une hémoptysie et il se demande si ce résultat ne serait pas dû à la putréfaction des caillots sanguins que l hémorrhagie aurait laissés après elle dans le poumon.

Plus tard, en 1740, F. Hoffman développe cette idée de la putréfaction du sang dans le poumon et admet que l'hémoptysie est une des causes les plus puissantes de phtisie pulmonaire. Le sang épanché dans les vésicules pulmonaires y stagnerait, s'y putréfierait et après avoir corrodé les parties voisines s'y concrèterait en noyaux et en tubercules.

En 1826, Laënnec publia ses immortels travaux et porta un coup fatal à l'ancienne doctrine de la phtisie *ab hæmoptœ.* Pour lui, l'hémoptysie est symptomatique de la présence actuelle de granulations tuberculeuses dans les poumons et n'est pas la cause de ces granulations. Elle peut être le premier symptôme qui révèle l'existence des tubercules, et on crache du sang parce qu'on est déjà tuberculeux, mais jamais on ne devient tuberculeux parce qu'on a craché du sang.

Digitized by Google

Andral ne crut pas devoir se rendre aux arguments de Laënnec et tenta un peu plus tard (1834) de faire revivre la doctrine de la phtisie *ab hæmoptœ* de Morton. Il refusait de croire que l'existence de tubercules dans le poumon fût compatible avec une absence totale de symptômes du côté de la poitrine. Il conçoit difficilement que des tubercules auxquels on accorde le pouvoir d'irriter assez fortement le parenchyme pulmonaire ou les bronches pour déterminer d'abondantes hémorrhagies, aient pu avant l'apparition de ces hémoptysies exister pendant longtemps sans produire même une toux légère. Au contraire, selon sa théorie, qu'il se fasse, dans le poumon, une congestion quelconque assez forte pour provoquer une hémoptysie, que cette congestion continue, si le sujet est *prédisposé*, il naîtra des tubercules dans le tissu pulmonaire déjà altéré par un travail pathologique.

Il y a déjà un peu plus de 20 ans, un savant allemand, Niemeyer, dans ses leçons cliniques sur la phtisie pulmonaire, se constitua le défenseur convaincu de la vieille doctrine de Morton et proclama emphatiquement que l'hémoptysie était la cause de la phtisie pulmonaire. Pour lui, le sang épanché dans les alvéoles, agissant comme corps irritant, a entraîné une pneumonie avec infiltration caséeuse et désorganisation ultérieure des produits inflammatoires et du sang retenu dans le poumon. Cette terminaison n'aurait cependant pas toujours lieu dans tous les cas. L'irritation inflammatoire ne ferait, il est vrai, jamais défaut, mais quelquefois, le processus inflammatoire se terminerait rapidement par résolution avec restitution *ad integrum* des conditions physiologiques normales, et d'autres fois, la fièvre s'allumerait, l'infiltration caséeuse apparaîtrait suivie plus tard d'ulcération du tissu pulmonaire et de phtisie consécutive.

Or, pourquoi un même processus serait-il suivi d'une terminaison si différente? Ici, résolution; là, transformation caséeuse et phtisie? Dans ce dernier cas, Andral marque la prédisposition du sujet à la formation des tubercules et à la phtisie. Mais, répond justement Peter, si le sujet était prédisposé à la formation des tuberbules, pourquoi cette prédisposition n'aurait-elle pas pu produire aussi bien les tubercules avant l'hémorrhagie et provoquer ensuite cette dernière? Parce que, dit-on, il est invraisemblable que des tubercules existent à l'état latent dans le poumon sans déceler leur présence par quelques symptômes.

L'expérience nous enseigne pourtant que ce fait est non seulement possible, mais qu'il est même appuyé par de nombreux exemples. Ainsi, combien de fois n'avons-nous pas trouvé, à l'autopsie d'enfants morts de méningite tuberculeuse, des poumons farcis de granulations tuberculeuses qui, cependant, pendant la vie, n'avaient trahi leur présence par aucun symptôme du côté de la poitrine? En 1874, je suivais le service de Bouchut, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres. Cet illustre médecin nous faisait sou-

Digitized by Google

vent constater, au moyen de l'ophthalmoscope, l'existence de tubercules dans la choroïde des petits enfants atteints de méningite. Un examen attentif, rendu plus minutieux par le désir de nous éclairer davantage sur les renseignements fournis par l'ophthalmoscope, n'accusait néanmoins aucun symptôme anormal du côté des poumons. Cependant, à l'autopsie, nous trouvions ces derniers remplis de granulations tuberculeuses.

Il n'est donc pas juste de nier que des tubercules puissent exister à l'état latent dans le poumon sans manifester leur présence par quelques symptômes du côté de la poitrine.

D'ailleurs, pourquoi cette partialité en faveur du poumon dans l'évolution de la tuberculose ? Pourquoi le tissu pulmonaire se tuberculiserait-il autrement que les autres tissus, tels que les méninges, le péritoine, la plèvre, etc., où il ne se fait jamais d'hémorrhagie ? La grande majorité des tuberculeux, du reste, traversent toutes les périodes de leur maladie sans expectorer une seule goutte de sang, et si des hémorrhagies se rencontrent parfois dans la tuberculisation pulmonaire, n'est-ce pas uniquement à cause de la grande vascularité de l'organe où évolue le néoplasme ?

Puis quelle preuve avons-nous que le sang épanché dans le poumon puisse, par le fait de sa présence, produire de l'irritation et provoquer l'apparition de processus inflammatoires ? Je ne nie certes pas que ces derniers succèdent souvent à l'hémoptysie, mais il est bien permis de douter, pour le moins, que la succession des accidents se soit opérée *propter hoc*. N'est-il pas tout aussi rationnel de supposer qu'il existait antérieurement des tubercules qui, selon les cas, peuvent produire l'hémoptysie seule ou suivie de phénomènes inflammatoires, ou encore ces derniers sans hémoptysie ?

Si la présence du sang extravasé et retenu dans les alvéoles pulmonaires suffisait pour déterminer la tuberculose, comment se fait-il que nous ne voyions jamais les malades devenir tuberculeux à la suite d'hémoptysie cardiaque ? D'ailleurs, Perl, Lippman, Peter, ont produit artificiellement des hémorrhagies pulmonaires chez les lapins, et malgré la quantité de sang qu'ils ont fait arriver dans toute l'étendue de l'arbre bronchique jusqu'aux plus petites ramifications, ils n'ont jamais pu réussir à provoquer le moindre travail inflammatoire. Je sais bien que Jaccoud répond à cette embarrassante objection en disant que l'action irritante du reliquat sanguin dans l'hémoptysie ne suffit pas seule à produire les processus pulmoniques consécutifs et qu'il accorde même à la fluxion active qui précède et accompagne l'hémorrhagie une influence prépondérante dans la détermination de ces phénomènes, mais, c'est, à mon avis, compliquer purement le problème au lieu de le résoudre. Cette fluxion hémorrhagique, devenue la condition *sine quâ non* de la naissance du processus inflammatoire, constitue-

Digitized by Google

rait alors le phénomène primordial qui tiendrait sous sa dépendance l'évolution ultérieure de la tuberculose chez un sujet prédisposé. La question demeure toujours sans réponse ; elle n'est que reculée, entraînant avec elle son point d'interrogation et nous nous demandons si c'est la fluxion qui produit le tubercule, ou bien si c'est le tubercule préexistant qui a déterminé la fluxion.

Il est bon de vous faire remarquer, mes amis, que dans toute cette discussion Jaccoud et Niemeyer, ardents partisans de la dualité de la phtisie, n'ont pas en vue, à proprement parler, la tuberculose. Ils acceptent, il est vrai, la phtisie *ab hæmoptœ* de Morton-Hoffman, mais, pour eux, les lésions consécutives à l'épanchement du sang dans les alvéoles pulmonaires sont de nature essentiellement inflammatoire ; l'hémoptysie qui cause la phtisie n'agit que par l'intermédiaire de processus pneumoniques et engendre, en conséquence, une phtisie caséeuse essentiellement distincte de la phtisie tuberculeuse. Les découvertes récentes ont fait justice de ces interminables discussions sur l'existence ou la non-existenee de la dualité de la phtisie ; la découverte du baccille de Koch est venue, dans ces dernières années, ajouter un nouvel éclat à l'étonnant génie de Laënnec qui défendait avec tant de talent l'unité de la phtisie. Il n'existe plus aujourd'hui de dualisme entre la tuberculose et la pneumonie caséeuse, ni de distinction entre la phtisie tuberculeuse et la phtisie inflammatoire, la pneumonie caséeuse ayant elle-même le bacille comme témoin constant et comme origine certaine. Je regrette, mes chers amis, que le temps et l'espace ne me permettent pas de vous faire connaître tout ce que nous promettent, pour l'avenir, les connaissances récemment acquises sur la nature baccillaire de la tuberculose. Mais, un tel sujet m'entraînerait trop loin et je me hâte de vous dire quelques mots sur le pronostic de l'hémoptysie, en général.

Le pronostic immédiat de l'hémorrhagie pulmonaire, en tant que symptôme, varie suivant qu'on envisage l'hémoptysie au début ou à la fin de la maladie. L'hémoptysie initiale est produite par l'hyperémie développée autour du tubercule et est peu abondante. Elle est caractérisée par quelques crachats sanglants qui se suppriment rapidement au bout de quelques jours. Parfois, il se fait à distance, sur un point plus ou moins éloigné de la lésion tuberculeuse, une congestion à laquelle Peter donne le nom d'hyperémie paraphymique, révélée à l'auscultation par de nombreux râles sous-crépitants. L'hémorrhagie peut alors être quelquefois très abondante sans toutefois compromettre la vie ; seulement, par l'affaiblissement qu'elle produit chez le malade, elle met ce dernier dans de mauvaises conditions pour résister ultérieurement à la diathèse tuberculeuse qui n'évolue jamais si sûrement que quand elle est greffée sur un organisme débilité.

Plus tard, quand l'hémoptysie survient dans le cours ou surtout

Digitized by Google

à la fin de la maladie, quand il existe déjà des cavernes dans le poumon, cet accident revêt un caractère bien plus sérieux. L'hémorrhagie alors est souvent foudroyante ; en quelques minutes, elle peut emporter le malade. L'infiltration tuberculeuse ayant envahi une étendue considérable du réseau vasculaire du poumon, a rendu imperméable à la circulation un territoire plus ou moins étendu des capillaires qui, soustraits à la pression sanguine, permettent à cette dernière de s'exercer tout entière sur les capillaires restés sains. Ces derniers, ceux surtout qui rampent dans les parois de la caverne et qui ne reçoivent plus le support du tissu périvasculaire corrodé par l'ulcération, se dilatent et, comme l'ont si bien démontré Ramussen et Rokitansky, deviennent le siége de petits anévrysmes miliaires au niveau desquels se produisent ces hémoptysies formidables qui foudroient le malade. Ces hémorrhagies foudroyantes seraient même bien plus fréquentes, si, comme nous l'enseigne Jaccoud, il n'existait pas souvent une compensation providentielle établie par une insuffisance tricuspide qui, en permettant la régurgitation dans l'oreillette, diminue la pression de la colonne sanguine lancée dans l'artère pulmonaire par la systole ventriculaire.

Quant au pronostic éloigné de l'hémoptysie, mes amis, vous ne sauriez l'établir avec trop de réserve. Puisque l'hémorrhagie pulmonaire doit être pour nous l'indice certain de l'existence de la tuberculose, il nous est impossible de prévoir ce que nous réserve l'avenir. L'ennemi est là ; il vient de s'éveiller et se rendormira peut-être et pour longtemps, mais rien ne nous rassure à cet endroit.

Je vous entends d'ici me dire : " Mais, nous avons tous pourtant entendu parler d'hémoptysies survenues chez des individus qui néanmoins ne s'en sont jamais portés plus mal et dont la belle apparence même est loin de faire songer à la présence de la tuberculose."

Mais je le sais bien, mes amis. Seulement, prenez garde de vous laisser tromper par ce rassurant physique. Cette belle apparence qui vous engage à la sécurité n'existait-elle pas avant la première hémorrhagie que rien ne faisait redouter ? L'accident est passé, il n'en reste plus de trace. De nombreuses années s'écouleront peut-être sans que l'hémoptysie se répète ou que d'autres symptômes de tuberculose apparaissent ; une affection intercurrente même viendra peut-être beaucoup plus tard terminer les jours de ce tuberculeux qui a eu la bonne fortune d'échapper à la phtisie. Mais aussi, les événements pourraient bien suivre un autre cours, et qui vous assure que des circonstances fortuites ne viendront pas, au moment où vous vous y attendrez le moins, ranimer soudain ce feu qui semble éteint sous la cendre ?

Pour moi, les hémoptysiques apparemment guéris portent un baril de poudre dans la poitrine. Il n'éclatera peut-être jamais,

Digitized by Google

mais qu'un accident pathologique ou même physiologique vienne y déposer une étincelle, l'explosion surviendra aussi terrible qu'inattendue.

Je suis, comme vous le savez, un partisan convaincu de l'influence des micro-organismes en pathologie, et je vois dans ces longues périodes d'accalmie qui précèdent et suivent les hémoptysies chez les tuberculeux, une nouvelle preuve de la réalité du microbisme latent dont parle Verneuil. Le bacille tuberculeux dormait silencieusement dans un recoin des poumons de sa victime ; il a déjà une fois trahi sa présence par une hémorrhagie et il n'attend que des conditions favorables pour poursuivre, dans un avenir plus ou moins éloigné, son œuvre fatale de destruction. Ne rejetez pas trop tôt, mes chers amis, ces doctrines vitalistes qui peuvent peut être vous paraître prématurées et au moyen desquelles je tente d'expliquer ce qu'hier encore nous nommions la tolérance de l'organe et de l'organisme. La réalisation de ces hypothèses nouvelles, au moins aussi vraisemblables que leurs aînées, pourrait bien ne pas attendre longtemps la sanction de l'expérience. Quoi qu'il en soit, mes amis, ne perdez jamais de vue la gravité de la signification d'une hémoptysie, et si celle-ci, au moment de son apparition, est accompagnée d'élévation de la température, tenez-vous sur vos gardes : la manifestation des autres symptômes de la phtisie confirmée n'est pas très éloignée.

Maintenant, que devez-vous dire au malade, qui, jusque là en bonne santé, vient d'avoir une hémoptysie ?

La vérité, mes amis, la vérité toute entière.

Qu'à un phtisique parvenu à la dernière période de sa maladie et qui a déjà un pied dans la tombe, nous cherchions, par un mensonge pieux, à ranimer une dernière lueur d'espérance, soit ; mais, cacher à un malade parfaitement *compos sui* ce à quoi il est exposé s'il ne se tient constamment sur ses gardes, négliger de l'édifier pleinement et sincèrement sur sa véritable situation, serait, de votre part, une erreur qui ne pourrait que compromettre ses plus chers intérêts. Il importe qu'il connaisse parfaitement les périls qui le menacent afin qu'il s'efforce de mettre toutes les chances de son côté et qu'il évite soigneusement et toujours ce qui pourrait lui être préjudiciable. Et remarquez bien, mes amis, que vous devez mettre dans vos conseils d'autant plus de fermeté, que l'état de santé parfait qui suit souvent une première hémoptysie contribue fortement à inspirer aux malades une fausse et dangereuse sécurité. Avertissez-les donc qu'ils ont, suspendue au dessus de leur tête, l'épée de Damoclès dont une seule imprudence pourrait trancher le fil s'ils agissaient dans l'ignorance de leur périlleuse situation.

Plus tard, à une période plus avancée de la maladie, alors que les progrès de la phtisie ne vous laissent plus aucune ressource, aucun espoir, oh ! soulagez, consolez, puisque vous ne pouvez plus

Digitized by Google

guérir ; voilez aux yeux du pauvre moribond l'aspect de la triste réalité ; il serait cruel de lui enlever les illusions que sa facile crédulité lui permet encore de caresser.

Je ne connais à cette dernière règle de conduite qu'une seule exception, en ce qui me concerne, et encore m'est-elle imposée. J'ai l'honneur d'être le médecin d'une communauté de religieuses aussi distinguée par les vertus des membres qui la composent que par les services qu'elle rend tous les jours à la jeunesse qu'elle est chargée d'instruire. Or, il est de règle, dans cette communauté, de déclarer la vérité franche et entière aux pauvres sœurs chez lesquelles nous avons reconnu une affection incurable et mortelle. Pas de détours ici : " Ma sœur, préparez-vous, vous allez mourir."

Oh ! mes amis, que Dieu vous garde d'être jamais témoins des angoisses que produit chez un pauvre malade la triste nouvelle d'une pareille condamnation. Je me suis trouvé assez souvent placé dans cette pénible situation pour que le souvenir ne s'en efface jamais de ma mémoire.

C'est la phtisie pulmonaire qui frappe le plus ordinairement les religieuses de nos communautés et vous savez que cette impitoyable maladie montre, dans le choix de ses victimes, une prédilection marquée pour les plus jeunes. Malgré le généreux sacrifice de leur vie qu'elles ont offerte à Dieu en revêtant l'habit religieux, vous concevez, mes amis. que sous la bure il existe toujours une femme avec toute la sensibilité propre à son sexe et la délicatesse exquise de ses sentiments et de ses affections. C'est en vain qu'elles croient avoir dit au monde un éternel adieu, là-bas, dans quelque coin, il existe un père, une mère, des frères, des sœurs chéris qui tiennent au cœur par des liens invisibles, mais que rien ne saurait rompre. La régularité de la vie religieuse, le solennel silence du cloître, l'isolement de tout ce qui appartient à la terre peuvent bien produire l'illusion qu'elles sont détachées de tout ce qui les retenait ici-bas, mais ces lugubres paroles : " vous allez mourir," les arrachent subitement à leur rêve ; la nature reprend ses droits ; elles détournent, malgré elles, les yeux de l'objet sur lequel les tenait rivés leur vie contemplative pour les abaisser vers ceux qu'elles aiment et qu'elles vont quitter maintenant pour jamais. Elles retrouvent dans leur mémoire les souvenirs charmants de leur passé, de leurs espérances, de leurs beaux jours ; leur cœur souffre et se brise ! Ah ! j'en ai bien vues pleurer !.....

Mais ce n'est qu'un orage qui passe. Le lendemain, à la visite, le calme est revenu ; la pauvre malade, résignée, presque heureuse, nous accueille avec un visage serein et demande, en souriant, quel jour nous croyons qu'elle sera dans le ciel.

Ah ! mes amis, je vous le confesse en toute sincérité, pour vivre, j'aime mieux être ce que je suis, mais pour mourir, il me semble que j'aimerais mieux avoir été une sœur de charité.

Maintenant que devez-vous faire à ces malades qui crachent du

Digitized by Google

sang? Quel traitement devez-vous leur faire subir pour conjurer les accidents?

Vous n'avez que l'embarras du choix. Administrez, si vous le voulez, la glace à l'intérieur; prescrivez l'ergot, l'acide gallique, ce dernier à la dose de 20 à 30 grains toutes les deux ou trois heures; donnez le plomb, le ralautica, si vous l'aimez mieux, mais rappelez-vous bien que souvent vous échouerez, malgré l'administration de tous ces médicaments.

Il est une médication cependant qui vous rendra des services inappréciables, le cas échéant, si toutefois vous avez le courage de l'instituer dans toute sa rigueur, je veux parler de la médication vomitive.

Sans doute, vous hésiterez à provoquer chez un hémoptysique des efforts de vomissement alors que vous vous sentirez, au contraire, disposés à lui recommander la plus grande tranquillité, le repos le plus absolu, mais ces craintes sont vaines, et si les astringents et les hémostatiques se sont montrés inefficaces, adressez-vous à l'ipécacuanha, vous auriez tort de le redouter.

Bryan Robinson en 1752, Marryat en 1758, Baglivi vers la même époque, ont eu recours à l'émétique dans les hémorrhagies pulmonaires et ont obtenu des succès. Mais c'est surtout Stoll qui, vers 1780, a préconisé l'administration de ce médicament contre l'hémoptysie. Cet illustre humoriste voyait de la polycholie partout et prescrivait avec succès la médication vomitive contre ce qu'il appelait des hémoptysies bilieuses.

Trousseau, dans ses cliniques, insiste sur les merveilleux résultats qu'il obtient par l'emploi de l'ipécacuanha dans les hémorrhagies pulmonaires. Legroux, Moissonnet à l'Hôtel-Dieu, Monneret à la Pitié l'ont aussi administré avec succès, et plus près de nous, Peter vante hautement ce traitement dont il explique le mode d'action. Pour ce médecin, la médication vomitive dans l'hémoptysie ne serait ni plus ni moins que du contro-stimulisme. L'action du vomitif s'exercerait d'abord sur le plexus solaire, et par l'entremise du grand sympathique et des nerfs vasomoteurs produirait une sorte d'anémie parenchymateuse par contracture vasculaire. Il n'est pas même nécessaire que vous poussiez l'action du médicament jusqu'au vomissement, la simple détermination de l'état nauséeux, comme celui que l'on obtient, par exemple, au moyen de l'administration de l'émétique en lavage, suffit pour enrayer l'hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, je puis personnellement vous affirmer l'efficacité de ce mode de traitement et chez le malade dont je vous parlais au commencement de cette lettre, après avoir vainement repassé la série de tous les hémostatiques connus, 30 grains de poudre d'ipécacuanha administrés en trois fois à ½ heure d'intervalle ont coupé court aux accidents qui, depuis, ne se sont pas reproduits.

Ottawa, le 22 avril 1889. L. Coyteux Prévost, M. D.

Digitized by Google

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SÉVERIN LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Diarrhée des enfants.—*Choléra infantum, Choléra æstiva, Summer complaint.*

La diarrhée des enfants devant faire son apparition avec la chaleur plus tôt que d'ordinaire, nous laisserons de côté nos études sur les conférences de Jules Simon, pour nous occuper de ce sujet important.

De toutes les maladies des enfants, la diarrhée est bien celle qui fait le plus le désespoir du médecin ; elle semble être un Prothée insaisissable, qu'aucune médication ne peut atteindre ; aussi ses ravages parmi notre population infantile,—ici plus qu'ailleurs, —sont-ils terribles !

Disons de suite que les causes principales sont dans l'abstention complète du médecin en face du mal destructeur, et aussi dans l'uniformité du traitement prescrit ; nous n'avons pas mission de retrancher la première cause ; essayons seulement d'amoindrir la seconde.

La diarrhée semble être pour la plupart *une* dans ses symptômes, *une* dans la médication à suivre. Tous les jours nos journaux de médecine de tous les pays nous donnent des formules nouvelles contre la diarrhée, sans établir au préalable la variété où l'indication a surtout sa raison d'être, et le lecteur praticien, emboîtant le pas, ne fait pas plus de distinction que l'auteur qui lui donne la formule, et la diarrhée est soumise à la médication empirique digne du bon vieux temps—qu'elle soit lientérique, séreuse, muco-séreuse, cholériforme, dyssentériforme, cérébrale, qu'elle soit diathésique ou enfin concomitante, comme cela se rencontre dans la forme muqueuse de la rougeole.

On voit tout de suite les résultats pratiques qui peuvent résulter d'une conduite semblable ; si la médication est active, on vise la maladie et on tue le pauvre petit ; si elle est plus ou moins expectante, on le laisse mourir ; comme dans le vice et la vertu, il y a des degrés dans la pratique du médecin.

Nous allons donc, après quelques généralités nécessaires, tâcher de nous rendre familier avec les différentes formes de diarrhées et le traitement qui convient à chacune d'elles. Avant tout, il est important de se bien familiariser avec l'examen des matières fécales ; nous commençons par là.

Digitized by Google

Examen des matières fécales.—Cet examen est très important, le diagnostic précis ne saurait se faire sans lui.

Couleur.—En santé les matières sont brunes chez l'adulte ; cela est dû à la présence de la matière colorante de la bile, l'hydrobilirubine; quand la bile n'est pas sécrétée, la couleur devient gris sale. Chez l'enfant le lait contribue à modifier cette couleur.

Ce n'est que dans le catarrhe duodénal que les évacuations absolument privées de bile se rencontrent, comme ce n'est que dans ces cas que l'occlusion des conduits biliaires, plus ou moins complète, se rencontre; dans les maladies du foie la sécrétion de la bile n'est jamais arrêtée. Si dans le catarrhe duodénal les matières redeviennent brunes, on peut pronostiquer une amélioration prochaine, quand même l'ictère persiste.

Les sécrétions de la diarrhée, jaunes-brunes d'abord, deviennent plus claires et plus pâles, en proportion de leur abondance, à mesure que la bile est dissoute dans une plus grande quantité de liquide.

Dans le choléra asiatique la quantité de sécrétion de la bile étant la même et les matières étant considérables, elles deviennent sans couleur, eau de riz.

Chez les enfants, les selles d'abord jaunes, brun clair, deviennent souvent vertes, verdâtres, surtout quand il y a dyspepsie; la cause de cette couleur n'a pas été trouvée encore ; il est probable, toutefois, qu'elle est due à la transformation de la bilirubine en biliverdine. Sous l'influence du calomel, on se souviendra que les selles prennent une couleur semblable (*grass green*).

" Golding Bird, dans le *London Medical Gazette*, a publié des considérations intéressantes sur la nature des évacuations alvines de couleur verte chez les enfants. Il combat l'opinion la plus généralement adoptée qui attribue la coloration des évacuations de cette espèce à la bile. Il croit que cette coloration est due au principe colorant du sang qui a transsudé des capillaires de la veine porte dans les conduits excrétoires, et que les sécrétions intestinales ou même certains agents chimiques tels que le mercure ont fait tourner au vert." (Barthez et Sanné, 1887.) Ajoutons qu'au contact de l'air les selles jaunes deviennent vertes dans assez peu de temps.

Les selles liquides rouges brunes, ou brunes rouges (chocolat) qui contiennent beaucoup de sang viennent du haut de l'intestin ; dans ces cas l'oxyhæmoglobine du sang artériel est transformée en mettramoglobine et hæmatine. Quand le sang vient du rectum, il n'y séjourne pas assez longtemps en contact avec les matières fécales pour subir ces changements, aussi la couleur est rouge marquée. La présence d'une légère trace de sang est indiquée par la couleur qu'elle donne aux selles.

Les selles ne présentent pas toutes les mêmes réactions, et le papier tournesol devra guider beaucoup la nature du traitement.

Digitized by Google

Odeur.—Elle est due surtout à la décomposition des matières grasses; elle est de peu d'importance, ne variant qu'en intensité et non en qualité; elle est très pénétrante dans les affections inflammatoires et ulcéreuses. (Guttmann, Berlin.)

La couleur et l'odeur des selles diarrhéiques, comme la couleur et l'odeur des crachats pneumoniques, jouent un rôle important dans le diagnostic des lésions organiques.

Généralités.—L'anatomie pathologique ne pouvant, dans un grand nombre de cas, constater de lésions organiques, il nous faut conclure que la diarrhée peut être essentiellement fonctionnelle, *sine materiâ.*

Les lésions se rencontrent surtout dans le gros intestin; l'estomac et l'intestin grêle en présentent cependant. La marche de la maladie ne peut nous faire connaître suffisamment la nature de la lésion; seulement nous pouvons dire d'une manière générale que lorsque les selles sont intermittentes, la diarrhée est d'ordre réflexe ou fonctionnelle; quand les selles sont violentes et continues, la diarrhée est inflammatoire, nous avons affaire à une affection grave et aiguë de l'intestin.

La diarrhée dyssenteriforme est très fréquente; la dyssenterie elle même, rare; il en est de même de la diarrhée cholériforme, le choléra n'étant presque jamais constaté.

Quand les selles sont très liquides, comme séreuses, s'infiltrant presque tout entières dans les linges sans laisser de résidu à la surface de ceux-ci, elles viennent de l'intestin grêle.

Ces distinctions sont importantes au point de vue du traitement, qui ne saurait être le même dans tous les cas. L'on sait, en effet, combien il faut une médication moins énergique lorsque nous traitons des troubles gastriques ou du premier intestin, que lorsqu'il nous faut attaquer le gros intestin; quelques gouttes de chlorodyne dans le premier cas donneront une satisfaction que l'on attendrait inutilement dans le dernier: des médicaments promptement diffusibles ne sauraient exercer une action égale sur tout le parcours des voies digestives.

Les formes de la diarrhée sont nombreuses; nous les classifierons d'après la nature des selles.

Diarrhée, Selles lientériques.—La digestion est incomplète, les aliments ne sont pas digérés, on les trouve dans les selles; les sécrétions des sucs gastrique, biliaire ou pancréatique, séparément ou conjointement ont été sans action, ont cessé de jouer leur rôle.

La diarrhée lientérique est une diarrhée fonctionnelle; elle est très fréquente parmi nous. Causée par un lait qui n'a pas toujours les qualités nécessaires, une alimentation artificielle donnée avant l'âge nécessaire, des troubles nerveux, résultat d'une dentition difficile, elle est caractérisée par deux choses principales: la non-digestion des aliments et l'acidité des selles au bout de quelques jours.

Digitized by Google

Trousseau nous a dit : la médecine n'est rien, la médication est tout; ce conseil du grand praticien doit nous guider ici. La base d'une médication raisonnée consiste à attaquer les causes d'une maladie quand elles sont à notre portée.

L'alimentation au moyen du lait et du lait dont les qualités sont bien établies, doit être la seule nourriture du premier âge ; la vulgarisation de l'analyse pratique du lait devra contribuer à en assurer la bonne nature. Il est important de bien connaître la vache qui est la nourrice de nos enfants ; son état de santé ne doit pas nous être indifférent.

Il suffit d'observer l'effet d'un changement de nourriture, pour constater combien le lait est l'aliment primordial de l'enfant ; une nourriture artificielle causera la diarrhée chez l'enfant qui n'en aura jamais souffert, si cette nourriture est donnée trop brusquement, si la transition n'est pas très graduelle.

La dentition, par les troubles nerveux qu'elle produit, est une cause fréquente : elle doit être surveillée avec soin, et l'on doit avoir recours aux scarifications des gencives, non pas seulement lorsqu'elles sont très enflammées, mais dans *tous les cas* où l'on peut soupçonner que leur irritation peut être cause de la diarrhée que nous avons à combattre ; il ne sera pas nécessaire que la gencive présente les conditions requises, classiques, pour justifier l'opération, un gonflement quelconque, une induration anormale, des signes certains enfin d'un travail dentaire pénible, voilà les indications, car la lancette peut quelquefois couper le mal à sa racine.

(*A suivre.*)

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

Notes recueillies par M. D. L.

Le caractère anguleux des traits du visage est très remarquable chez les sujets souffrant de cancer, même latent. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE fait de la peine morale, surtout de celle de l'amour, une puissante cause de *chlorose* chez les jeunes filles.

L'emploi de l'*ergot* comme accélérateur du travail de l'accouchement constitue une des plus grossières erreurs de la thérapeutique. (Prof. DESROSIERS.)

Certains malades se montrent facilement réfractaires à l'action

Digitized by Google

de l'atropine ; on peut dans ces cas y suppléer par l'emploi de la duboisine. (Prof. FOUCHER.)

Dans la *néphrite parenchymateuse* chronique (gros rein blanc), les douleurs lombaires sont généralement plus intenses que dans les autres formes d'inflammation chronique du rein. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE appuie sur l'importance qu'il y a pour les personnes prédisposées aux affections pulmonaires, névralgiques et rhumatismales, de porter des gilets de laine.

Il faut se défier de l'action de l'ésérine dans certaines affections de la cornée compliquées d'iritis; la soudure complète du sphincter de l'iris peut en être le résultat. (Prof. FOUCHER.)

Chez les sujets à peau délicate et fine, l'emploi de l'*onguent de soufre* détermine souvent une irritation plus ou moins intense, et même de l'érythème. (Prof. LARAMÉE.)

La *vulvo-vaginite* des enfants et des jeunes filles est due, la plupart du temps, à la présence des ascarides. Ces sujets sont constamment en mouvement, et, quand ils sont assis, ne peuvent tenir en place. (Prof. LARAMÉE.)

Dans la *pneumonie* des vieillards, le point de côté est moins intense qu'il ne l'est chez l'adulte, d'une manière générale ; la même chose se remarque chez les sujets ayant déjà eu des pneumonies du même côté. (Prof. LARAMÉE.)

Chez les *diabétiques*, les rides de la face sont ordinairement très accentuées, et ce, d'autant plus que le sujet aura joui de plus d'embonpoint, ce qui donne aux malades l'apparence de vieillards précoces. (Prof. LARAMÉE.)

Dans un cas d'*abcès de la glande vulvo-vaginale* avec hémorrhagie siégeant dans la glande, le traitement suivant est institué par M. le professeur BRENNAN : Incision du conduit au moyen du couteau de Weber, et instillation d'une solution éthérée d'iodoforme.

Digitized by Google

L'association du *calomel* avec la *résine de scammonée* est peut-être la meilleure possible quand il s'agit de donner un purgatif aux enfants. Ces deux médicaments ont, outre une efficacité incontestée comme purgatifs, une insipidité qui les fait accepter sans répugnance. (Prof. DESROSIERS.)

Dans la *vulvite et la vaginite purulentes des petites filles*, il ne faut jamais oublier le danger de contagion. Exiger l'isolement des malades et l'emploi d'un protectif pour prévenir l'auto-inoculation des yeux. Eviter les bains et l'usage d'éponges, linges, etc., en commun. (Prof. BRENNAN.)

Si l'on veut obtenir des *purgatifs salins* tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre, il faut les administrer dissous dans une quantité d'eau relativement petite. Trop dilués, ils n'irritent plus la muqueuse intestinale, sont absorbés et n'agissent que comme diurétiques. (Prof. DESROSIERS.)

Les intillations de collyre à l'atropine, etc., chez les enfants indociles et atteints de photophobie intense, sont remplacées avec avantage par l'emploi des mêmes médicaments incorporés à la vaseline dans les mêmes proportions. Les instillations sont rejetées immédiatement au dehors par la contraction énergique des paupières, tandis que la pommade s'agglutine et séjourne plus longtemps. (Prof. FOUCHER.)

Dans la *pleurésie avec épanchement*, M. le professeur LARAMÉE conseille de pratiquer la ponction aspiratrice antiseptique si l'épanchement est séreux et très considérable. Avant que d'en venir là, il vaut mieux attendre longtemps (sauf dans le cas de symptômes inquiétants) et recourir au traitement médical : purgatifs, sudorifiques, etc. Si l'épanchement est purulent, il faut ouvrir largement, sans hésitation. Se rappeler la tendance qu'ont les épanchements séreux à devenir purulents après la ponction aspiratrice.

Nouveau journal.—MM. les docteurs E. J. MOURE, A. POUSSON et W. DUBREUILH, fondateurs et directeurs de la Polyclinique de Bordeaux, ont eu l'heureuse idée de publier les résultats de leurs travaux dans une revue bi-annuelle intitulée : "*Annales de la Polyclinique de Bordeaux.*" Les *Annales* paraissent en janvier et en juillet, par livraisons de 64 pages in-8. Nous serons heureux de faire l'échange avec cet intéressant recueil auquel nous souhaitons longue vie et prospérité.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Méningite tuberculeuse chez un adulte.—Clinique de M. le prof. JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Le 2 janvier, entre dans le service un jeune homme de vingt-quatre ans qui depuis treize jours était atteint d'une maladie fébrile qui se manifestait par des phénomènes très précis, tels que céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, courbature générale, douleur dans le dos et dans la région cervicale.

Cet ensemble était assez marqué pour obliger ce malade à prendre le lit le jour même, c'est-à-dire le 24 décembre. L'état resta stationnaire jusqu'au 25. Le 25, il se produisit une épistaxis, et le 26 fut administré au malade un purgatif qui n'eut pas grand résultat. Loin d'y avoir de l'amélioration, la céphalalgie devint plus accusée. C'est à cette époque qu'il entra à l'hôpital.

Le 2 janvier au soir, la température était de 35°2; le 3, au matin, elle était de 38°4. C'était alors le quatorzième jour de la maladie. A cette époque, le phénomène dominant était un abattement très net; les pommettes étaient un peu violacées. Le symptôme le plus douloureux était une céphalalgie toujours aussi intense. L'intelligence était intacte, les réponses étaient nettes, les renseignements que le malade donnait sur son état étaient précis. On remarquait néanmoins un peu de stupeur, les réponses n'étaient pas absolument immédiates. Il y avait un peu de tremblement musculaire, les mouvements volontaires étaient un peu saccadés; la langue était blanche à la base et au milieu, rouge sur les bords et à la pointe: elle n'était pas sèche. On ne trouvait pas de météorisme, mais une douleur sans gargouillement dans la fosse iliaque gauche. Tout cet ensemble pouvait faire supposer une fièvre typhoïde débutant. Néanmoins, dès le 3 janvier, ce diagnostic fut repoussé et on admit l'existence d'une méningite tuberculeuse. Les raisons qui firent rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde étaient les suivantes:

D'abord la persistance de la céphalalgie qui était aussi intense le quatorzième jour que le premier, ce qui ne doit pas exister dans la fièvre typhoïde. Il peut se faire que pendant le premier septénaire la céphalalgie soit le symptôme dominant, mais au

Digitized by Google

dixième jour au plus tard, on n'en doit plus trouver, si ce n'est une céphalalgie très atténuée. Or, ici, au quatorzième jour, la céphalalgie était la même qu'au premier jour.

D'un autre côté, on notait une certaine discordance entre l'état cérébral et l'état du sytème musculaire. L'abattement était marqué, mais l'idéation restait correcte. Cette discordance ne se voit pas au quatorzième jour de la fièvre typhoïde. Voilà les deux raisons fondamentales pour lesquelles le diagnostic de fièvre typhoïde devait être repoussé. Accessoirement, on devait tenir compte de l'absence de tout météorisme et de l'absence également de taches rosées. Il fallait donc porter ses observations sur l'examen de la période préfébrile.

Le malade était-il en bonne santé avant l'explosion de la maladie qui l'avait forcé à prendre le lit? A cette question, le malade répondait qu'il avait pu travailler jusqu'au 21 décembre, mais qu'il avait remarqué un affaiblissement graduel à ses forces et qu'il maigrissait de jour en jour, tout cela depuis déjà trois mois.

Or la période préfébrile de la fièvre typhoïde a une durée de quelques jours seulement. La perte des forces ensuite, ainsi que l'amaigrissement progressif, constituent le type le plus parfait de la *méningite tuberculeuse.* L'évolution ultérieure de la maladie justifia pleinement d'ailleurs le diagnostic établi dès cette époque.

Dès le 3 janvier, c'est-à-dire au quinzième jour de la maladie, on peut constater une rétraction du ventre, ce qu'on a appelé le ventre en bateau. Le malade était couché sur le côté, les genoux fléchis, la stupeur était plus intense; il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée, mais bien de la constipation. On ne remarquait aucune éruption. Le 4 janvier il survint un peu de ptosis de la paupière gauche et un léger strabisme du même côté.

Dans la nuit du 4 au 5 le pouls change. Le 4 au soir, le pouls donnait 110 pulsations; le 5 au matin, on n'en trouvait plus que 64. Ce phénomène, fréquent chez les enfants, est très rare chez les adultes. Le 7 au matin, il remonte à 110. Nouvelle exception, chez l'adulte du moins. A cette époque, la température était de 38°2 matin et soir, alors que le 4 au soir elle était de 39°5. Il faut bien noter que le ralentissement du pouls coïncide avec l'élévation de la température et que son accélération a eu lieu en même temps que l'abaissement de la température. Une fois la maladie constituée, il n'y a aucune relation entre l'élévation de la température et la fréquence du pouls. La fièvre est *dissociée.*

Le 6 au soir, le délire commence, il va en augmentant jusqu'au 11, jour où on observe de la somnolence, puis du coma dans lequel le malade succombe. On était au vingt-deuxième jour de la maladie.

Ce qu'on doit diagnostiquer, ce sont les formes de la méningite tuberculeuse anormale par rapport aux formes de cette maladie chez les enfants. Cette durée de vingt et un jours est anor-

Digitized by Google

male chez l'adulte. La méningite tuberculeuse telle qu'on la rencontre chez l'enfant est anormale chez l'adulte.

Le traitement, tout énergique qu'il ait été, n'a pas réussi. On a employé les stimulants, l'iodure de potassium, les vésicatoires volants pansés avec de l'onguent napolitain.

L'autopsie confirma le diagnostic. On ne trouve pas d'exsudat purulent, mais bien un exsudat fibrineux dans la partie médiane de la base de l'encéphale, exsudat qui dénotait un travail de méningite. Sur tout le pourtour de l'encéphale, on rencontrait de fines granulations grises naissantes, mais pas de granulations confluentes. Il n'y avait en somme pas de foyer. Les *poumons*, qui à la percussion des fosses sus-épineuses présentaient un peu de submatité, ne donnaient rien d'anormal à l'auscultation.

Ils étaient parsemés de fines granulations du même âge que celles des méninges. Le malade était sur la voie d'une infection générale. Il a été pris d'une tuberculose diffuse ; la période préfébrile qui a duré deux ou trois mois était en rapport avec la précipitation de cette infection générale. Il s'agissait de trouver l'endroit où le malade avait pris ces granulations tuberculeuses.

Or, au sommet du poumon droit, on trouve un petit noyau de la grosseur d'une lentille et au dessus un glanglion caséeux, non ramolli, gros comme une amande. Voilà les foyers de cette auto-infection granuleuse. Ces foyers étaient aptes à donner lieu à une infection secondaire qui a emporté le malade.—*Praticien.*

Traitement de l'oxalurie, par le Dr. H. Picard.—Pour combattre la formation de l'oxalate de chaux et empêcher, par conséquent, la déperdition de la chaux qui en est la conséquence et l'apparition des phénomènes décrits et des calculs urinaires, il faut tout d'abord éviter les aliments qui en contiennent ou sont susceptibles d'en former : l'oseille, le cresson, la tomate, la rhubarbe; les fruits riches en acides citrique, malique, tartrique : les pommes en particulier et les groseilles. On s'abtiendra de vin de Champagne et de la Moselle, de bières fortes et mousseuses auxquels on préfèrera le cognac, le whisky et le genièvre. On évitera les eaux calcaires et, faute de pouvoir s'en procurer d'autres, on les fera bouillir.

Comme médicament, quand bien même il y aurait déperdition de chaux on n'aurait pas recours à l'eau de chaux, parce que, en se combinant avec des acides, elle pourrait former des sels insolubles et, par suite, des calculs. On administrera de préférence la potasse et la soude, les phosphates alcalins et les aliments riches en phosphates ; la laitance et les œufs de poissons ; la cervelle de veau et de mouton. S'il existe des acidités du tube digestif, on aura recours à la magnésie carbonatée.

On a conseillé aussi, dans ces cas, d'employer l'azotate de potasse, l'acide chlorhydrique à la dose de 20 gouttes deux à trois

Digitized by Google

fois par jour ou un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide nitrique selon la formule suivante :

Acide chlorhydrique.....	ãã ½ once
— nitrique.....	
Eau.....	½ "
Sp. d'orange.....	½ "

dont on prendra une cuillerée à thé mélangée à un verre d'eau avant chaque repas.

Le malade ne devra manger que modérément ; il évitera l'humidité, l'air confiné, les dépressions morales. Par contre, il faudra activer la respiration, faire de l'exercice musculaire, de la gymnastique, de grands mouvements des membres supérieurs pour activer la respiration. On prescrira les voyages, les frictions sèches, les douches, les bains salés, de mer, de manière à transformer l'acide oxalique en acide carbonique par l'absorbtion d'une grande quantité d'oxygène. On se vêtira chaudement et on boira beaucoup, surtout des boissons chaudes et aromatiques, comme des infusions de menthe et de mélisse. On évitera le sucre, mais on boira du lait. On ne négligera pas les amers : colombo, houblon. Enfin on devra, surtout chez les graveleux, beaucoup compter sur Vals et Vichy.

Dans le cas où l'impuissance coïncidera avec la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine, le traitement précédent, auquel on adjoindra des courants induits sur la région lombaire, le périnée et l'hypogastre, devra être employé ; mais il faudra se garder de promesses qui risqueraient de ne point se réaliser.

Enfin, recommandation très importante : il faudra que ces malades ne se couchent pas trop tard : dix heures ou dix heures et demie au plus, et qu'ils se lèvent de bonne heure ; jamais après sept heures. Les combustions et les fermentations s'accomplissant, en effet, surtout chez ces malades, comme chez tous les individus faibles et anémiques, plus complètement le jour que la nuit, il en résulte que le malaise dont ils souffrent est bien plus grand le matin que le soir, après l'exercice qui a parfait ces combustions et ces fermentations. D'où il résulte qu'en leur laissant le repos nécessaire, il ne faut pas l'exagérer.—*Revue de thérapeutique.*

Symptômes avant-coureurs des lésions rénales graves.—Le Dr. S. C. Bond, dans le *Journal of the American Medical Association,* regarde la quantité d'urée excrétée journellement comme indiquant, plus fidèlement que tout autre signe, les altérations organiques profondes des reins. Il divise en 3 classes, les patients porteurs de ces lésions : 1o Chez les malades de cette catégorie, l'excrétion de l'urée est diminuée : on trouve 6 à 18 grammes par vingt-quatre heures. L'urine, d'ordinaire, diminuée en quantité, peut parfois augmenter considérablement. Ces sujets sont fatigués par le moindre exercice, ils ont de la dyspnée, des vertiges, des

Digitized by Google

nausées, voire des vomissements ; ils souffrent de douleurs névralgiques, surtout intercostales, de jactitation, d'œdème plus ou moins prononcé des mains, de la figure, des jambes. L'urine renferme de l'albumine et des tubules en grande abondance. Les malades arrivent à ce point par une série de poussées qu'ils attribuent au froid, mais qui ne seraient que la conséquence naturelle de la destruction du tissu rénal et d'autres tissus de l'organisme. Ces patients sont atteints de la maladie de Bright chronique des auteurs.

2o Chez ces personnes, comme chez celles du premier groupe, il y a diminution dans l'urée des 24 heures, il y a une fluctuation plus appréciable dans la quantité excrétée, mais elle n'atteint cependant pas le chiffre normal. Par moments, il y a des traces d'albumine, et quelques cylindres granuleux ou épithéliaux, mais la plupart du temps on ne trouve ni albumine, ni cylindres ; on rencontre ici encore, les douleurs névralgiques, le vertige, la nausée et la fatigue.

Après un espace de temps assez long généralement, les symptômes s'aggravent et les malades tombent avec ceux du premier groupe ; un petit nombre s'améliorent, cependant, en apparence, et feront partie du troisième groupe. La maladie reconnue à cette période peut bénéficier d'un traitement approprié.

3o Sont rangés ici, les personnes qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, voient l'excrétion de l'urée diminuer,—10 à 20 grammes dans les 24 heures, ce chiffre ne se maintient pas, cependant, et il a de la tendance à redevenir normal. Il y a encore ici cette courbature, ces douleurs brachiales et thoraciques, le vertige, et les symptômes nerveux divers. On ne découvre ni tubules, ni albumine. Il n'y a que peu ou pas d'œdème, et on remarque une sympathie entre la quantité d'urée excrétée et l'intensité des symptômes, au point que par la diminution de l'urée on peut prévoir une aggravation et vice-versa.

L'auteur est convaincu que cette diminution de l'urée existe bien avant l'apparition de l'albumine et des cylindres, et alors que la personne est à se faire traiter pour une soi-disant malade utérine, l'anémie, la dyspepsie, la neurasthénie, etc. Il y aurait dans ce signe une valeur diagnostique réelle.

Le régime, les purgatifs salins, la digitale et la nitroglycerine sont les essentiels du traitement.

Cachexie de cause indéterminée.—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Au numéro 17 de la salle des hommes est couché un malade âgé de soixante ans. Il y a cinq ou six jours qu'il est entré à l'hôpital et il est intéressant d'étudier son état vu l'incertitude du diagnostic à poser à son égard.

Pour ce qui est de ses antécédents héréditaires, il nous raconte que son père et sa mère sont morts, mais il ne pourrait dire de

Digitized by Google

quelle affection ; il a eu une sœur qui selon toute probabilité est morte tuberculeuse. Quant à ses antécédents personnels, il a eu la coqueluche, puis la fièvre typhoïde, dans son enfance. De son métier, il est distributeur de prospectus, et on ne trouve pas chez lui de trace d'alcoolisme ou de syphilis.

Depuis quelques années, il s'enrhume pendant l'hiver, il tousse et crache pendant longtemps. Mais ce qui l'amène à l'hôpital, c'est un affaissement général qui a commencé il y a quelques mois. Il a eu des mictions fréquentes, ensuite de l'œdème des jambes et des crampes d'estomac. De telle sorte que depuis ce temps il s'est affaibli et a maigri considérablement, quoique son appetit se soit parfaitement conservé.

Si l'on examine cet homme avec grand soin, il est impossible de trouver aucune lésion dans ses organes. On ne rencontre aucune tumeur dans la région de l'estomac, pas plus que du côté du rectum. L'appareil pulmonaire est absolument indemne de toute lésion, ainsi que le foie et la rate. Le cœur est peut-être un peu augmenté de volume, et l'auscultation révèle chez lui un léger bruit de galop, et à part cela tous les bruits du cœur sont normaux. Si l'on examine la lésion du cou on remarque que les jugulaires profondes battent avec beaucoup de vigueur.

Le sang de cet homme est très déglobulisé. La numération des globules a montré qu'il y en avait à peine un tiers du chiffre normal. L'hémoglobine est également diminuée dans le même rapport.

A cet ensemble de symptômes, ou plutôt à ce manque de symptômes, ajoutons que le malade a une très faible quantité d'albumine dans ses urines. Nous poserons donc vaguement le diagnostic d'anémie accompagnée de cachexie. Mais pour ce qui est de savoir quelle est la lésion, quelle est la cause de cette anémie, c'est impossible.

Quels sont donc les états qui peuvent donner lieu, tout en étant latents, à l'anémie, avec un affaiblissement comme celui dont est atteint ce malade ?

Cherchons d'abord dans les états organiques chroniques. Nous nous trouvons en présence des lésions du cerveau, des lésions de la moelle ; mais dans ce cas là, une recherche attentive permet toujours de remonter à la lésion.

La tuberculose ou le cancer du poumon se révèlent toujours soit par les accidents héréditaires ou personnels.

Il y a la cachexie cardiaque qui est quelquefois la première manifestation d'une maladie du cœur.

Les voies digestives sont souvent le point de départ de la cachexie, si l'on a affaire à un cancer, à un ulcère, à une gastrite chronique, que ce soit d'ailleurs l'estomac ou l'intestin qui soit atteint. Mais jamais toutes ces lésions ne peuvent passer complèment inaperçues et elles donnent toujours naissance à des troubles digestifs plus ou moins accusés.

Digitized by Google

Le cancer du foie n'est jamais primitif. Les hydatides peuvent quelquefois ne se révéler que par une cachexie que rien n'explique. Nous dirons de même pour le cancer du pancréas, qui peut bien souvent rester latent.

Les lésions rénales ne peuvent jamais donner lieu à la cachexie sans se manifester de suite par toute une symptomatologie.

Si maintenant nous nous arrêtons aux états diathésiques, nous verrons que certainement ils peuvent passer inaperçus pendant quelque temps, mais si l'on se livre à un examen bien approfondi des antécédents héréditaires et personnels du malade, on ne tardera pas à trouver la lésion et à déterminer la cause de la cachexie.

Les états infectieux qui peuvent rester latents et donner lieu à la cachexie sont aussi nombreux que variés. Tels sont la malaria, les gaz délétères (gaz d'éclairage, oxyde de carbone, acide carbonique, air confiné), l'eau de mauvaise qualité, l'intoxication saturnine, etc.

L'on voit que le nombre des causes pouvant occasionner la cachexie est respectable, et certainement nous ne les avons pas toutes passées en revue. Si donc dans cette longue série nous cherchons à en attribuer une au malade qui nous occupe actuellement, nous sommes très embarrassés. Peut-être tout au plus, étant donnés le volume de son cœur, le léger bruit de galop, le peu d'albumine se décélant dans les urines, pourrait-on admettre l'hypothèse d'un commencement de néphrite interstitielle ?—*Practicien.*

—En face de certaines maladies, le médecin est comme un joueur devant la roulette : la roue tourne et celui-ci ne peut qu'en suivre les évolutions, anxieux mais impuissant.

—Le sentiment de reconnaissance d'un malade pour son médecin fait l'office d'un brouillard passager qui lui dissimule le chiffre des honoraires ; le temps est, au contraire, une loupe qui le grossit ; la pratique nous enseigne à profiter de la première illusion d'optique et à ne pas attendre l'effet de la seconde.

—Autre forme de la même vérité : la reconnaissance d'un malade pour son médecin est un sentiment dont l'indensité décroît en raison directe du carré des temps.

—Si nous faisons beaucoup d'ingrats, nous nous créons, par contre, quelques amis dont l'affection se manifeste avec une délicatesse parfois bien touchante. La sagesse nous conseille d'oublier les uns et d'accueillir les autres avec une égale tranquillité d'âme.

—La maladie est comme un écheveau qui s'emmêle à mesure que nous faisons effort pour le dévider.

Digitized by Google

CHIRURGIE

Traitement radical de l'hypertrophie prostatique, par le Dr. Desnos.—Sans entrer aujourd'hui dans des considérations théoriques, il est cependant nécessaire de rappeler quelle est la nature de l'affection désignée sous le nom d'hypertrophie prostatique, car cette question de pathogénie domine la thérapeutique. On sait que la tuméfaction sénile de la prostate ne doit pas être envisagée comme une affection isolée, mais qu'elle est le résultat d'un travail morbide qui s'étend à tout l'appareil urinaire ; dans ces cas il existe une sclérose de tout cet appareil, bien mise en lumière par le professeur Guyon et son élève Lannois : les reins, la vessie, la prostate présentent les mêmes lésions caractérisées par l'hyperplasie et la condensation du tissu cellulo-fibreux.

Ainsi, en présence d'une prostate hypertrophiée on peut être certain que la vessie et les reins sont également malades. Une telle notion suffirait pour faire rejeter toute tentative dirigée contre la prostate et en réalité dans la majorité des cas les altérations de la vessie devenue inerte et peu contractile, expliquent à elles seules presque tous les symptômes. Cependant, si la sclérose se retrouve partout, elle ne présente pas un égal développement dans tous les organes ; le rein par exemple peut offrir des lésions avancées alors que la vessie n'est que fort peu atteinte : il en est de même de la prostate.

Supposons, en effet, qu'il s'agisse d'un homme dont la prostate est le siège de tumeurs volumineuses et saillantes alors que la vessie a conservé intacte la plus grande partie de ses fibres musculaires. En pareil cas, l'accumulation de l'urine dans le bas-fond en détermine la dilatation et accélère la marche de la maladie. Ici une opération radicale, qui supprimerait l'obstacle serait donc bonne en principe. Mais avant d'en décider l'exécution, il faudrait s'appuyer sur un diagnostic précis et certain ; on peut par le cathétérisme et en étudiant le mode d'écoulement de l'urine, s'assurer de la contractilité de la vessie, c'est là un point essentiel ; il est en général plus difficile de connaître la forme, le volume, la disposition des obstacles prostatiques, notions nécessaires pour décider du genre d'opération à laquelle on aura recours.

Alors même que toutes ces difficultés auront été écartées et que l'opération aura été suivie de succès, le bénéfice recueilli par le malade sera-t-il durable ?

Il est permis d'en douter : la lésion qui frappe l'appareil urinaire évolue fatalement ; la vessie conservera plus ou moins longtemps sa contractilité, mais tôt ou tard elle participera à la dégénérescence ; les mêmes symptômes reparaîtront et l'opéré se trouvera dans les mêmes conditions que ces prostatiques sans grosse

Digitized by Google

prostate dont la vessie est frappée d'inertie complète. Un cathétérisme régulier deviendra alors nécessaire; et on est en droit de se demander si cette manœuvre, bien employée dès le début, n'aurait pas procuré un bénéfice au moins égal à celui de l'opération.

La cure radicale de l'hypertrophie prostatique doit être réservée à un petit nombre de cas qui, si exceptionnels qu'ils soient, ne permettent pas de la rejeter d'une manière absolue. On y songera lorsqu'un rapide développement de la prostate contraste avec l'intégrité du muscle vésical et permet d'espérer une conservation relativement longue de ses fonctions. Il est une autre indication plus formelle de l'intervention : c'est l'impossibilité ou l'extrême difficulté du cathétérisme. Quand chez un prostatique dont il est nécessaire de vider la vessie, le cathétérisme est difficilement praticable, le chirurgien a pour devoir de modifier la disposition du col moins dans l'espoir de rétablir la miction normale que pour faciliter le passage de la sonde.

Les exemples de survie à la suite d'interventions de ce genre sont peu nombreux, mais dans les cas où on a rétabli le cours de l'urine par une autre voie, hypogastrique ou périnéale, on a pu prolonger l'existence pendant plusieurs années, 10 ans même chez un opéré du Dr. Forestier (de Seignelay). Nul doute que, si au lieu de maintenir une fistule permanente, on avait pu pratiquer sur le col des modifications convenables, le cathétérisme eût rendu les mêmes services que la canule hypogastrique à demeure.

Ces réserves faites, il nous reste à exposer les moyens proposés pour produire la diminution ou une modification notable de la glande. Ils sont nombreux et peuvent se ranger en trois catégories suivant qu'ils ont pour but d'amener une diminution en masse de toute la glande, de modifier la disposition du col, ou d'inciser ou d'exciser des parties de la glande qui empêchent le libre cours de l'urine.

On a cherché à obtenir la diminution en masse de la glande au moyen de médicaments internes. Ceux-ci doivent être rejetés comme inefficaces sans en excepter l'ergotine, qui a eu un moment de vogue; seul, l'emploi des iodures peut être conseillé, car ceux-ci modifient heureusement la marche de l'altério-clérose.

C'est en agissant directement sur la glande que les chirurgiens ont tenté d'en déterminer l'atrophie. Heine a pratiqué au sein du tissu prostatique des injections interstitielles de teinture d'iode. L'aiguille d'une seringue de Pravaz est conduite, sous la direction du doigt jusqu'au point qu'on veut ponctionner; on l'enfonce de 4 millimètres dans le tissu prostatique, puis on injecte de 15 à 20 gouttes d'une solution au quart de teinture d'iode, injection qu'il faut en moyenne renouveler 10 fois. Une réaction inflammatoire assez vive se manifeste aussitôt après; les bénéfices qu'en retirent les malades sont médiocres et la proportion de 1 décès sur 6 opérations montre que la méthode est loin d'être inoffensive.

Digitized by Google

L'électricité semble avoir donné de meilleurs résultats ; les courants continus ont été appliqués au moyen d'une électrode négative introduite dans le rectum, pendant que le pôle positif est placé dans l'urèthre ou plutôt au périnée ; car l'action du courant s'exerce aussi bien à travers le tégument et on évite ainsi d'irriter la muqueuse uréthrale. L'action atrophiante a été assez marquée dans les observations de Chéron et de Tripier.

Tout dernièrement en Allemagne, Casper a renouvelé ces tentatives et fait l'électro-puncture de la prostate. Une aiguille de platine est introduite par le rectum dans le tissu prostatique ; l'extrémité seule en est libre et la partie de l'aiguille qui reste seule en contact avec la muqueuse rectale est enduite d'un vernis isolant. Cette aiguille est mise en communication avec le pôle négatif et l'autre électrode, positive, est placée sur la région hypogastrique. Avec des courants de 2 à 12 milliampères, Casper a obtenu une diminution de volume de la glande. Il serait utile de savoir ce que sont devenus ces malades et si l'amélioration s'est maintenue ; souvent, en effet, l'action de l'électricité se borne à déterminer un apaisement des phénomènes d'inflammation chronique dont les prostates hypertrophiées, sont fréquemment le siège.

Les manœuvres qui ont pour but de produire une déformation du col ne constituent pas à proprement parler un traitement radical, car les modifications, quoique très réelles, sont en général assez passagères. Les instruments inventés à cet effet remontent à une époque déjà lointaine, à Leroy d'Etiolles, à Mercier, Charrière, etc. Ils sont abandonnés aujourd'hui ; les mêmes résultats sont obtenus au moyen d'une sonde un peu volumineuse placée à demeure pendant un temps variable.

Très souvent, en effet, on laisse une sonde à demeure lorsque le cathétérisme a présenté de grandes difficultés ; on est parfois très surpris de voir après ces quelques jours combien le passage est devenu facile. Un tel changement tient à la décongestion de l'organe qui suit l'évacuation de la vessie, mais il est aussi le résultat d'une dépression, d'une sorte de rigole que la sonde creuse sur la paroi inférieure du canal, chemin que les autres instruments suivent fatalement désormais.

Les méthodes le plus souvent employées sont celles qui ont pour but de diviser ou d'enlever l'obstacle prostatique. Nous ne rappellerons que pour mémoire les opérations bien connues qui se pratiquent dans la profondeur de l'urèthre. Mercier a surtout plaidé en faveur de la section de la *barre au col de la vessie* à l'aide d'un instrument analogue à un petit brise-pierre dont la branche femelle porte une lame tranchante. Aujourd'hui abandonnée en France, cette opération est encore pratiquée en Amérique où Gouley a modifié l'instrument de Mercier ; il prétend avoir obtenu une série de succès encourageants, conviction qui n'est pas partagée par un grand nombre de ses compatriotes et la plupart des chirurgiens.

Digitized by Google

Il n'en n'est pas tout à fait de même des tentatives de Bottini qui est venu rajeunir la méthode intra-uréthrale en employant une anse galvanique pour la section de la bride prostatique. Plusieurs instruments ont été construits pour diviser le tissu prostatique ou pour provoquer, par une action caustique, la mortification d'une large étendue de tissus. Par ces moyens, Bottini remplace l'instrument tranchant pour la section ou l'excision des tissus prostatiques. Les accidents provoqués par ces opérations ont été peu graves et les malades paraissent en avoir retiré un certain bénéfice ; cependant les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de porter un jugement sur cette méthode. La chirurgie moderne s'est surtout efforcée d'aborder la prostate par une voie artificielle, hypogastrique ou périnéale. R. Harrison est un de ceux qui se sont le plus occupés d'obtenir une cure radicale. D'après lui la section ou l'extirpation d'une partie de la prostate est indiquée dans les cas suivants : 1o grande difficulté du cathétérisme ; 2o hémorrhagie ; 3o soulagement incomplet après la miction ; 4o spasme des sphincters ; 5o cystite purulente.

L'idéal étant de conserver l'urèthre comme voie d'évacuation, Harrison a commencé par essayer l'emploi d'instruments analogues à ceux de Gouley.

Mais ces manœuvres ne sont pas toujours possibles et donnent ordinairement des résultats incomplets. Harrison leur préfère l'opération périnéale. Il incise l'urèthre sur un conducteur ; le doigt va explorer l'urèthre, et l'obstacle prostatique une fois reconnu, on l'attaque en partie avec le bistouri, en partie avec le doigt qui refoule les tissus de proche en proche ; arrivé à ce niveau on peut pratiquer une sorte de tunnel à la base de la prostate ou, par une incision médiane, écarter latéralement les deux moitiés du lobe hypertrophié. Harrison introduit alors dans la vessie un cathéter métallique à l'intérieur duquel est placé un drain de caoutchouc. Le tout est laissé à demeure pendant 6, 7 ou même 12 semaines. Au bout de ce temps le cathétérisme uréthral est ordinairement possible, on laisse la plaie se cicatriser en maintenant la liberté du col au moyen d'un cathétérisme méthodique et régulier. Harrison n'a jamais eu d'accidents attribuables à ces opérations et les 2 morts les plus rapides sont survenues, l'une 3 semaines, l'autre 6 semaines après. C'est ce qu'il appelle la prostatotomie externe et interne.

Tout autre est l'opération qui consiste à extirper un lobe prostatique. Les premières opérations de ce genre n'ont pas été voulues, mais l'extirpation d'une partie de la prostate a constitué un incident opératoire au cours d'une taille périnéale. Fergusson vit ainsi de petites masses fibreuses se détacher spontanément des deux côtés des surfaces de section. Cadge et Williams terminèrent une opération de taille en extirpant un certain nombre de ces corps isolés et les malades furent guéris non seulement de leur

Digitized by Google

calcul, mais aussi de leur rétention d'urine. Harrison en conclut que la taille latérale peut être pratiquée dans certains cas d'hypertrophie, due à la présence de ces corps ronds isolés, qui sont facilement reconnus et détachés avec le doigt. Ailleurs il considère les cas où il y a coïncidence de calcul et d'hypertrophie. Si la prostate est modérément grosse, la lithotritie doit être tentée ; si on soupçonne une saillie prostatique, la taille permettra d'en faire l'extirpation au cours des manœuvres opératoires.

C'est surtout dans les cas de tumeurs saillantes intra-vésicales et d'hypertrophie du lobe médianique que l'excision a été tentée. Deux procédés s'offrent aux opérateurs, qui peuvent suivre la voie hypogastrique ou la voie périnéale. Par cette dernière on pratique, soit une taille véritable, soit une boutonnière, comme le conseille Thompson pour l'extirpation des tumeurs vésicales. La boutonnière est souvent employée par les chirurgiens anglais comme moyen d'exploration; le doigt va explorer la disposition des lobes prostatiques qui fera décider de l'intervention ou de l'abstention

Pénétrant par le périnée, Gross, Gouley se servent, pour sectionner et extirper le lobe moyen, d'un écraseur à fil métallique qui met, mieux que l'arrachement avec une pince ou avec les doigts, à l'abri d'une hémorrhagie. Pour que ces manœuvres soient faciles et même possibles, la tumeur doit être nettement pédiculée ; aussi l'opération d'Harrisson n'est applicable qu'à un bien petit nombre de cas.

En général la voie hypogastrique a semblé préférable. Les premières opérations de ce genre ont été faites dans le but d'agrandir une fistule hypogastrique devenue insuffisante et chemin faisant, les chirurgiens (Dittel, Billroth) ont été amenés à exciser le lobe moyen. Plus tard la taille hypogastrique a été pratiquée d'emblée et avec la proposition arrêtée soit de modifier le lobe moyen, soit d'arrêter une hémorrhagie abondante. Sw. Edwards, Kœnig, Trendelenburg, l'ont faite avec succès. MacGill en a récemment posé les indications et reconnu les avantages : elle peut, suivant lui, être pratiquée dans deux circonstances différentes ; soit pour faire cesser des symptômes aigus, soit pour arriver à une guérison radicale. La section hypogastrique répond en effet à la première de ces indications, et mieux que toute autre opération elle amène la cessation de la cystite et de l'hémorrhagie.

Les Allemands ont été plus loin ; considérant la taille hypogastrique comme insuffisante pour permettre de bonnes manœuvres d'extirpation, ils ont proposé de faire la résection partielle de la symphyse pubienne. Helferich, pour attaquer une énorme hypertrophie du lobe moyen, a réséqué les trois-quarts environ de la hauteur de cette symphyse, laissant à la partie inférieure un pont osseux; la marche, est-il dit, était possible, quoique l'opéré ait succombé au bout de 8 jours. Kœnig et Rosenbach ont également pratiqué cette opération, Trendelenburg la considère comme ayant de l'avenir.

Digitized by Google

Signalons encore dans le même ordre d'idées une opération proposée par Langenbuch, mais, croyons-nous, non encore exécutée sur le vivant : c'est la taille sous-pubienne. Waldeyer s'est livré à des recherches anotomiques sur ce point et il en a montré la possibilité. Son indication principale, d'après Flesch, serait la petitesse et l'intolérance de la vessie qui en rendrait impossible la distension nécessaire pour la taille hypogastrique.—*Concours médical.*

Traitement de la blennorrhagie par l'écouvillonnage de l'urèthre suivi d'injections de sublimé.—Le traitement suivant de la blennorrhagie, que nous reproduisons d'après la *Semaine Médicale*, diffère notablement des traitements classiques employés jusqu'à ce jour. On ne peut nier qu'il soit la conséquence logique des idées aujourd'hui admises sur la nature microbienne de cette maladie; peut-être mérite-t-il, à ce titre, d'être expérimenté avec quelque confiance.

L'écouvillonnage de l'urèthre, pratiqué dans les deux ou trois premiers jours de la blennorrhagie confirmée, a le grand avantage de détruire complètement l'épithélium et de permettre immédiatement au liquide antiseptique de pénétrer dans les replis et les cryptes où se réfugient et se dévoloppent les microbes pathogènes.

Voici comment M. le docteur Huguet décrit le procédé opératoire:

"Nous avons pris un écouvillon en crin semblable à ceux dont on se sert pour nettoyer les tuyaux de pipes; mais nous avons fait en sorte que notre instrument corresponde comme calibre à une sonde nº 11 de la filière Charrière ; en effet, s'il est plus petit, il ne remplit pas toutes les conditions nécessaires pour donner le résultat voulu ; s'il est plus grand comme diamètre, il a beaucoup de peine à pénétrer dans le canal, opère trop violement sur la première moitié de la portion spongieuse, et pas du tout sur la seconde.

L'instrument une fois choisi et préparé, nous avons fait coucher le malade ; une injection uréthrale de chlorhydrate de cocaïne en solution au 1/20e a été faite, et nous l'avons laissée séjourner cinq minutes, afin d'éviter ainsi les phénomènes douloureux. Puis, prenant notre écouvillon comme une sonde ordinaire, nous l'avons introduit lentement en le faisant tourner à la manière d'une vis ; nous l'avons retiré de même. L'instrument, après avoir parcouru toute la partie pénienne de l'urèthre, est revenu teint de sang et a ramené de minces débris épidermiques."

Cette petite opération ne détermine presque pas de souffrance. L'écouvillonnage une fois pratiqué, on fait aussitôt une injection tiède de sublimé au 1/1000 qui, elle, est un peu douloureuse. On continue ensuite à donner les injections avec une solution de sublimé au dix-millième, à raison de trois injections par jour.

Ce mode de traitement a agi de la façon la plus efficace chez les deux malades que notre confrère a traités, quoique les écoulements

Digitized by Google

fussent des plus virulents, et que les blennorrhagies fussent déjà dans la période d'augment. Après sept jours d'injections chez un malade, après huit jours chez l'autre, l'écoulement avait définitivement disparu.

Ajoutons que l'écouvillonnage n'a produit d'autres désordres qu'un peu de douleur et qu'une petite gêne à la miction pendant la journée où il a été pratiqué ; il n'a point, par conséquent, rendu la miction impossible, ni même vraiment douloureuse ; il peut donc parfaitement être employé dans la pratique.

Paracentèse des ventricules cérébraux.—Le Dr. Keen suggère cette opération dans les cas d'hydropisie ou d'abcès des ventricules. Il dit qu'on n'en connaîtra les dangers véritables que lorsqu'elle aura été pratiquée. Il indique trois chemins pour y arriver.—*Polyclinic.*

Rondelles osseuseuses de trépanations, réimplantation.—M. Guérin a présenté un certain nombre de greffes osseuses pratiquées par M. Mossé (de Montpellier). Ces opérations ont été faites sur le lapin, le chien et le singe. Elles doivent être classées ainsi :

1o Réimpulsion d'une rondelle du crâne enlevée par la trépanation ;

2o Transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce ;

3o Transplantation sur un animal d'espèce différente.

Dans tous ces cas, la couronne du trépan a été appliquée sur l'os, dont le périoste était raclé et éloigné avec la peau, sans précaution tendant à assurer sa conservation. La rondello ayant été remise en place, les parties molles ont été simplement réunies au-dessus d'elle par des points de suture. Au bout d'un certain temps, on a sacrifié les animaux et on a constaté que, chez la plupart, les rondelles s'étaient parfaitement soudées au tissu osseux voisin. On pourrait objecter que peut-être les choses ne se passeront pas sur l'homme aussi heureusement que sur les animaux ; mais déjà MM. Ewen, Barrel et Horsley ont tenté ces expériences sur l'homme, et les résultats obtenus autorisent à penser qu'une rondelle de trépan est susceptible d'être greffée à la place qu'elle occupait avant l'implantation.—*Semaine médicale.*

Cancer du rectum.—Clinique de M. Tillaux, à l'Hôtel Dieu.—Le malade atteint du cancer du rectum dont il s'agit présente des antécédents héréditaires fâcheux ; sa mère est morte à cinquante-quatre ans d'un cancer du sein. Autrefois, il a eu de la dysenterie. On ne peut limiter exactement la tumeur à la partie antérieure. Il ne faut donc point songer à enlever ce néoplasme, puisque, si en ne connaissant pas toute l'étendue, on peut s'exposer à en laisser une partie. On doit donc recourir au traitement palliatif. Ce

Digitized by Google

traitement consistera en injections, en lavage à l'eau boriquée, à l'eau chloralée, etc.

Dans le cas de fort ténesme, ce traitement ne peut suffire ; il faudra, dans ce cas, recourir à la colotomie et ouvrir le rectum pour faire un anus artificiel. Cette opération, on ne doit point la faire quand le malade, ne souffrant que peu, ne connaît pas la gravité de son état, mais seulement quand les douleurs sont trop violentes.

La colotomie qu'on doit alors pratiquer peut être ou *lombaire* ou *iliaque*. Celle-ci est préférable. La première, beaucoup plus difficile, permet d'arriver dans l'intestin sans ouvrir la cavité abdominale : c'est la raison qui la faisait employer auparavant. Cette raison n'ayant plus aucune importance, on devra recourir à la seconde opération consistant à aller chercher l'*S* iliaque dans la fosse iliaque gauche, de la même façon que si on voulait faire la ligature de l'artère iliaque.

Au premier temps, on faisait l'incision des couches et on attirait l'*S* iliaque. Au second temps on établissait l'anus artificiel, c'est-à-dire qu'on ouvrait l'intestin et qu'on le fixait aux lèvres des parois. Mais on remarqua qu'au bout de quelques mois les matières fécales sortaient moins facilement par le nouvel orifice et continuaient à sortir encore un peu par l'ancien anus, d'où nouvelles douleurs.

Il faut donc, pour remédier à cet inconvénient, séparer le bout supérieur du bout inférieur et établir, haut, l'éperon bien solide. On peut aussi oblitérer complètement le bout inférieur, après avoir mis un tampon à l'autre extrémité. De cette façon, l'inconvénient le plus considérable n'existera plus et le malade souffrira beaucoup moins.—*Praticien.*

Les courbures latérales pathologiques du rachis, par M. le Dr. PIERRE BOULAND ; vraies et fausses scolioses.—Parmi les déformations latérales du thorax, il faut distinguer deux formes ; la fausse scoliose et la scoliose vraie. Toute déviation n'est pas une scoliose ; c'est souvent un symptôme ; tout individu qui tousse n'est pas un phthisique. De même, il faut bien savoir que beaucoup de prétendues scolioses ne sont que des inflexions physiologiques qu'on améliore facilement et même qui guérissent toutes seules ; ces fausses scolioses sont un vaste champ ouvert à l'exploitation ; on guérit tous les jours des scolioses qui n'existent pas.

Il y a donc là, pour tout médecin consciencieux, une question de diagnostic très importante :

A.—INFLEXIONS PHYSIOLOGIQUES DEVENUES PATHOLOGIQUES PAR LEUR PERMANENCE (FAUSSES SCOLIOSES)

Leur caractéristique est de ne pas s'accompagner de déformations osseuses.

Digitized by Google

Comment les diagnostique-t-on ? Par un examen fait de la façon suivante :

Faire dénuder le torse jusqu'au dessous des crêtes iliaques ; les jupons (car c'est presque toujours d'une jeune fille qu'il s'agit) seront fixés à ce niveau. Après cette toilette, causer avec les parents et laisser la jeune fille debout, sans s'occuper d'elle, pendant 5 à 6 minutes. Elle se lasse instinctivement ; alors seulement on l'examine.

S'il y a inflexion pathologique, on trouve une épaule abaissée, l'autre relevée, puis une courbure dorsale, à convexité latérale droite généralement ; de plus une courbure lombaire, en sens inverse, dite de compensation ; enfin une épine iliaque abaissée, l'autre relevée, et une jambe portée en avant, l'autre en arrière ; le dos dans son ensemble offre une légère convexité postérieure.

Dans la plupart des cas, 90 fois sur 100, toutes ces attitudes vicieuses ne sont dues qu'à des inflexions articulaires, indemnes de toute déformation osseuse. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à voir si la malade peut se redresser. On la fera mettre dans la position du soldat sans armes et on lui dira de faire un effort pour se grandir, sans lever le menton ; les courbures s'effacent aussitôt, sauf dans les cas déjà anciens. Dans ceux-ci, on commande une extension un peu oblique, en sens inverse de la courbure dorsale ; tout disparaît alors, sauf une légère voussure du plan dorsal, qui ne persiste pas après qu'on a fait coucher le sujet, pendant quelques minutes, à plat ventre, sur une table.

Notons que ces malades sont la plupart du temps des enfants qui ont l'habitude de s'asseoir sur un seul ischion ; chez les petites filles, cette attitude persiste même pendant les récréations ; les petits garçons, au bout de quelques minutes de jeu, se redressent. Pour savoir si réellement l'enfant a cette habitude, il suffit de l'adosser contre un mur et de lui faire soulever chaque pied l'un après l'autre ; bientôt l'enfant ne peut plus se tenir sur l'un des deux pieds et se tient exclusivement sur l'autre.

Quelquefois, en examinant la région cervicale, on constate une inégalité d'énergie des sterno-cléido mastoïdiens, due à l'habitude de tenir la tête inclinée ; ces cas sont assez rares ; on les améliore par l'électricité et par l'application d'un collier maintenu assez longtemps pour amener un certain degré de raideur cervicale.

Leur traitement.—Certain dès lors que la déviation n'est pas d'origine osseuse, que doit conseiller le médecin en pareil cas ?

Dans les cas les plus communs, on ne peut guère songer à faire suspendre les études.

Un moyen plus pratique, sans compter le traitement général, est de soutenir mécaniquement l'enfant. Il y a beaucoup de préventions contre les corsets. Pourtant un *corset bien fait* est toujours extrêmement utile, car le poids que supporte la partie supérieure du rachis est énorme, dans la position de l'étude. Il doit être muni,

Digitized by Google

sur les côtés et en arrière, de tiges d'acier au lieu de baleines; en avant, d'un busc ordinaire. Il ne faut pas qu'il soit lacé à la paresseuse, sous peine de se relâcher. On peut le comparer schématiquement à un cornet qui contiendrait une boule; il doit donc être très serré sur le bassin, ce qu'on obtient en passant le lacet deux fois dans un même œillet à ce niveau; en haut, la striction doit être moindre. Le busc doit être ouvert devant, malgré l'opinion de Saint-Germain qui veut un busc plein; le corset est bien plus commode à mettre, puisque au lieu de le délacer entièrement chaque fois, il suffit de lâcher un peu le lacet et de le resserrer ensuite.

Un second moyen est *l'électricité*, pour fortifier les muscles sacro-spinaux qui sont les meilleurs tuteurs du rachis. On emploiera la faradisation, pendant 10 minutes chaque jour, au niveau des gouttières vertébrales ; on électrisera aussi un peu les muscles de l'abdomen.

La *gymnastique* doit aussi être employée ; le meilleur exercice est d'apprendre aux enfants à se redresser, à faire effort pour se grandir et cela par habitude, à chaque instant de la journée.

Ces moyens suffisent, tant qu'il n'y a pas de tendance à la déformation des os ; au bout de 6 semaines de ce traitement, la saillie dorso-latérale droite doit avoir disparu.

B.—DÉFORMATIONS OSSEUSES (SCOLIOSES VRAIES)

S'il en est autrement, il faut réserver le pronostic ; souvent, au bout d'un an environ, on voit apparaître le signe pathognomonique des scolioses vraies ; ce sont des saillies musculaires et osseuses alternes ; saillie postéro-droite au niveau de la colonne dorsale et de l'omoplate ; saillie postéro-gauche lombaire, avec un peu de rotation. Ces saillies ne sont pas des hypertrophies, mais des déplacements osseux, des torsions des vertèbres repoussant les côtes ; la pression du corps vertébral peut user et perforer la côte ; dans les cas extrêmes, on observe la déformation en côte de melon.

C'est au début qu'il importe de faire le diagnostic et d'agir. Les appareils doivent avoir une base de sustentation très large ; ils doivent agir non par une pression directe sur la saillie, mais en soutenant le thorax de bas en haut.

Il s'agit d'un traitement de plusieurs années ; dégager sa responsabilité si l'on n'est pas rigoureusement secondé par la famille.

Livrée à elle-même, la scoliose vraie ne disparaît jamais spontanément. Elle reste quelquefois stationnaire. Mais ce n'est pas la règle ; ordinairement, elle offre une marche progressive jusque vers 25 ans ; puis elle subit un temps d'arrêt pendant la période de l'âge adulte ; après 45 ans, elle progresse de nouveau.—*Nice-médical.*

Digitized by Google

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

De la délivrance artificielle. Clinique de M. le prof. BUDIN, à l'hôpital de la Charité (1).—Le *manuel opératoire* de la délivrance artificielle n'est pas constamment le même, il peut varier avec l'urgence de l'intervention, la nature des indications et le degré des adhérences. Lorsque l'hémorrhagie est sérieuse, on n'a pas en général à surmonter de grandes difficultés. L'abondance de la perte de sang indique, en effet, qu'il existe déjà un décollement du placenta et des membranes ; l'inertie utérine concommitante favorisera probablement aussi les manœuvres intra-uterines. S'il y a urgence et si on n'a point d'aides, on peut laisser la femme dans son lit : si vous avez plus de temps et si des personnes vous prêtent assistance, il vaut mieux mettre la patiente dans la position obstétricale, c'est-à-dire en travers de sa couche, le siège au bord du matelas; on est mieux pour opérer. Au moment d'agir vous aurez grand soin, au préalable, d'assurer une asepsie parfaite de votre main. Elle doit, en effet, pénétrer dans un utérus dont de nombreux sinus sont béants et favorablement disposés par conséquent pour l'absorption. Une fois la main absolument propre, vous procédez à son introduction. Il faut, quand on le peut, prendre comme guide, le cordon qui pend hors de la vulve. En effet, il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de pénétrer sûrement dans la cavité utérine : le segment inférieur et le col, qui ont été très distendus pendant le travail, on a dit, étaient alors comparables à un chiffon mouillé ou à un bout d'intestin coupé dont l'extrémité libre flotterait au fond du vagin. Si donc on introduit dans les parties génitales la main droite dont la face dorsale a été enduite d'un corps gras, il est bon, par de légères tractions exercées avec la main gauche, de tendre le cordon qui pourra servir de fil conducteur.

Une fois que la main est engagée dans le col, doit-on suivre la tige funiculaire jusqu'à son insertion sur le placenta et pénétrer ainsi directement dans la cavité de l'œuf? Doit-on, au contraire, cheminer entre les membranes et la paroi utérine? Il faut essayer de suivre cette dernière voie, ce qui est le plus souvent facile, si c'est une hémorrhagie qui réclame la délivrance artificielle: dans ce cas, en effet, le sang s'est frayé une route entre l'œuf et l'utérus, et en décollant les membranes, il vous a ouvert un chemin qui doit mener aux cotylédons placentaires détachés. L'autre main, qui tenait le cordon, est alors placée sur l'abdomen.

Lorsqu'on est arrivé sur le placenta, comment doit-on en effectuer ou en compléter le décollement ? Vous avez deux procédés à votre disposition : vous pouvez le détacher avec le bord de la

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

Digitized by Google

main que vous insinuez entre l'utérus et les cotylédons, à la façon d'un coupe-papier qu'on glisse entre les feuillets d'un livre. On a dit le procédé impraticable : je puis vous assurer que, dans un assez grand nombre de cas, lorsque les adhérences ne sont pas trop fortes, lorsque le placenta est en rapport avec la face postérieure ou avec la face antérieure de l'utérus, il est possible et même facile de le mettre à exécution.

Si c'est la main droite qui a été introduite et si le placenta occupe la face postérieure de l'utérus on le décolle à l'aide du bord cubital qu'on dirige de gauche à droite, en détachant successivement les cotylédons sur toute la hauteur de la paroi. Quand le placenta est au contraire inséré sur la face antérieure, on peut tenter de le détacher avec le bord radial de l'index. Si c'est la main gauche qui se trouve dans l'intérieur de l'organe, on avance de droite à gauche.

Lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus, ce n'est plus avec le bord de la main qu'il faut agir, mais avec l'extrémité des doigts rapprochés les uns des autres et recourbés en crochet ; on procède comme si on voulait séparer l'écorce d'une orange. On commence en arrière par la partie adhérente à la paroi postéro-supérieure, on chemine de bas en haut et on décolle progressivement, en allant d'un côté à l'autre, tout ce qui adhère au fond, puis en continuant de haut en bas, on détache tout ce qui est resté en contact avec la paroi antérieure de l'utérus.

Comme il arrive souvent que le placenta est appliqué simultanément sur le fond et sur une des parois, on peut, pour la même délivrance, recourir successivement à ces deux procédés.

Une fois la main introduite dans l'utérus, il ne faut, autant que possible, la retirer qu'après s'être assuré que le décollement a été complètement opéré, qu'il ne reste plus aucun cotylédon adhérent.

On ne doit pas se hâter d'entraîner l'arrière-fait au dehors : il faut attendre que la main soit pour ainsi dire chassée par une contraction. Tant que l'avant-bras est dans la cavité cervicale, il fait tampon et on n'a pas à craindre d'hémorrhagie ; de plus, la présence de la main excite le retour des contractions. Si, au contraire, on retirait le placenta trop vite, l'utérus pourrait être en état d'inertie et les sinus, largement ouverts, laisser couler une notable quantité de sang.

Dès que l'arrière-faix est extrait, on s'assure qu'il est complet : on examine avec soin la masse qui a été amenée au dehors. S'il reste des cotylédons ou de grands lambeaux de membranes dans la cavité utérine, il faut réintroduire la main et les enlever.

Pour terminer l'opération, on fait une injection intra utérine abondante avec un liquide antiseptique, une solution de sublimé à 1 p. 2.000 par exemple, dont la température est de 45 à 50 degrés centigrades. On assure de cette façon l'asepsie de la cavité utérine et le retrait des parois musculaires.

Digitized by Google

Dans le cas où la délivrance artificielle est nécessitée par l'existance d'adhérences solides du placenta, les difficultés sont plus grandes. Nous avons dit qu'il fallait, autant que possible, faire pénétrer la main entre les membranes et la paroi utérine; lorsqu'il y a eu hémorrhagie, vous pouvez, comme je vous l'ai indiqué, suivre la même route que le sang, mais si l'arrière-faix ne s'est détaché nulle part, ce procédé n'est guère pratiquable : on pénètre alors directement dans l'œuf. Hildebrand conseille d'opérer le décollement en appuyant avec la pulpe des doigts sur la face fœtale de l'organe placentaire; la main appliquée à l'extérieur, sur l'utérus, facilite la contre-pression et on écarte ainsi la placenta. Spiegelberg déclare n'avoir réussi, par ce procédé, que dans les cas où les adhérences étaient lâches et la séparation facile. A l'époque où cette méthode a été conseillée, on voulait surtout, en laissant la main enveloppée dans les membranes, éviter de mettre des matières septiques en contact avec les sinus utérins; aujourd'hui, si on prend les précautions voulues, l'infection est beaucoup moins à redouter. La main recouverte par l'arrière-faix se rend du reste plus difficilement compte, avant de sortir, de l'état de la paroi utérine.

Si on a pénétré dans l'œuf, on essaie de déchirer les membranes au pourtour du placenta, afin de pouvoir aborder la surface utérine des cotylédons qu'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec l'extrémité des doigts, comme je vous l'ai déjà indiqué. Si on échoue dans ces tentatives, on perfore le disque placentaire près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière ainsi formée, on les recourbe et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus.

Parfois, les adhérences sont tellement intimes en certains points qu'on ne parvient pas à les rompre. On doit cependant s'efforcer d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire; pour cela, on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius ; on effrite, on détache ainsi par parcelles le tissu des villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme et beaucoup plus résistante.

On ne doit pas oublier qu'il existe normalement sur elle, au niveau du placenta, un relief qu'il faut éviter d'arracher. Je me souviens que, en 1876, un chef de service me montrait l'utérus d'une femme chez laquelle il avait pratiqué la délivrance artificielle pour une môle hydatiforme. Il regrettait de n'avoir pu enlever tout ce qu'il appelait le tissu pathologique; en réalité, il avait sculpté le tissu utérin lui-même avec l'extrémité de ses ongles.

En procédant comme nous l'avons dit, on parvient avec un peu de patience, à enlever la plus grande partie du placenta, il ne reste guère que quelques portions qui se détacheront pendant les suites de couches et qui, si l'antisepsie est rigoureusement faite,

Digitized by Google

pourront être entraînées sans qu'il survienne aucun accident. Et l'on est pas exposé, comme cela pourrait arriver avec le tranchant des ongles, à déchirer le tissu musculaire, voire même à perforer la paroi utérine.

Avec le troisième ordre d'indications, qui a trait à l'emprisonnement du placenta, la délivrance artificielle peut devenir une opération extrêmement difficile; parfois même, comme je vous en ai cité des exemples, elle est impraticable. Lorsque l'expulsion de l'arrière-faix tarde trop, il est toujours nécessaire, je vous le rappelle, de surveiller avec soin l'orifice utérin, surtout quand du seigle ergoté a été donné. Si on constate que cet orifice revient sur lui-même, il faut recourir à la délivrance artificielle avant que le placenta ne soit incarcéré.

Il peut arriver qu'on ait à se demander si la délivrance est complète chez une femme auprès de laquelle on est appelé. Je me souviens qu'une sage-femme, à Auteuil, voulait absolument que j'introduise la main dans l'utérus d'une nouvelle accouchée qui était exsangue, sous prétexte que le médecin n'avait pas enlevé tout le délivre ; or, l'examen préalable que je fis de l'arrière-faix, heureusement conservé, me montra qu'il était complet. L'utérus était du reste revenu sur lui même et fermé. La malade guérit.

D'autrefois, on ignore si le placenta est sorti ou s'il est encore contenu dans la cavité de la matrice. On se demande s'il n'a pas été chassé par des efforts, soit en allant à la garde-robe, soit pendant qu'on transportait l'accouchée d'un lit dans un autre ; la femme a pu aussi, pendant qu'on la conduisait à l'hôpital, expulser l'enfant et l'arrière-faix, etc.

J'ai eu l'occasion de voir une erreur grave commise par une personne expérimentée cependant. Chez une femme amenée à l'hôpital, le cordon avait été rompu et on assurait que la délivrance n'était pas faite. La main, introduite dans l'utérus, ne reconnut pas la présence du placenta ; et cependant il s'y trouvait, car des accidents de septicémie survinrent et la femme fut délivrée plus tard, mais beaucoup trop tard et succomba. Dans un fait de ce genre, il faut, après avoir administré du chloroforme, explorer avec soin toute la surface utérine. Elle est lisse, très glissante, si les membranes et en particulier la membrane amniotique la tapissent encore ; le placenta forme, sur une certaine étendue, une saillie molle, dépressible et granuleuse ; en un point, on trouve soit un bout du cordon encore adhérent, soit la surface irrégulière sur laquelle s'insérait la tige funiculaire ; enfin, une partie des membranes est en général flottante au niveau de l'orifice utérin et descend dans la cavité vaginale ; la présence de ces dernières doit particulièrement attirer l'attention.

Qu'il y ait rétraction totale ou partielle de l'utérus, qu'on soit en présence d'un hour-glass ou d'un enchatonnement, la conduite à tenir est la même : il faut essayer de pratiquer la délivrance

Digitized by Google

artificielle. On fait administrer du chloroforme, jusqu'à ce qu'on arrive à l'anesthésie complète, profonde, de la sorte on obtient l'immobilité absolue de la patiente et quelquefois peut-être, la résolution du système musculaire de l'utérus. Il peut être bon aussi d'avoir, au préalable, fait une injection sous cutanée de morphine.

La main, appliquée sur l'abdomen, soutient le fond de l'organe et on essaie avec l'autre de pénétrer dans la matrice ou à travers l'orifice de l'enchatonnement. On introduit successivement tous les doigts jusqu'à ce qu'on atteigne le placenta et on le décolle, soit avec le bord cubital, soit avec la pulpe digitale. Si pendant qu'on manœuvre avec beaucoup de ménagements, une contraction utérine survenait, il faudrait mettre la main à plat comme dans la version ; on pourrait même être obligé de se retirer dans le vagin, si la contraction était trop puissante ; on rentrerait ensuite dans la cavité utérine.

Lorsqu'après plusieurs tentatives espacées et patiemment soutenues, on ne parvient pas jusqu'au placenta, on peut tenter la dilatation mécanique de l'orifice utérin à l'aide des sacs de Barnes. Toutefois, si l'utérus était très résistant et comme tétanisé, il ne faudrait pas avoir beaucoup de confiance dans ce moyen. Vous devrez vous attendre, quand votre main aura échoué, à ne pas pouvoir exécuter votre opération. Dans les cas de ce genre, en présence des grands dangers que courait la femme, on a été jusqu'à pratiquer l'opération de Porro.

Quelle conduite tenir quand les tentatives de délivrance ont été infructueuses ? Je vous répondrai par deux mots : patience et antisepsie.

Patience, car parfois au bout de quelques heures, au bout de quelques jours, la délivrance se fera spontanément : patience, car parfois les fibres musculaires se relâchent, l'orifice devient perméable, et il est alors possible de recourir aux différents moyens que je vous ai indiqués.

Antisepsie, car on pourra, si elle est bien faite, retarder l'apparition des accidents d'infection. Mais plus l'expulsion du délivre se fera attendre, plus les risques de putréfaction intra-utérine iront en augmentant et plus la situation deviendra grave. Luttez donc avec les injections vaginales et les injections intra-utérines, par exemple avec les injections de sublimé à 1/4000 ou à 1/2000, injections que vous ferez suivre d'un lavage avec de l'eau bouillie. En général, il deviendra possible, à un moment donné, de délivrer votre malade.

Ces faits vous montrent combien il est important de surveiller avec soin la dernière partie de l'accouchement. Rappelez-vous surtout, si vous pratiquez la délivrance artificielle, que vous devez faire une antisepsie très sévère : à ce prix vous pourrez voir les suites de couches être absolument normales, comme dans les trois

Digitized by Google

cas où nous sommes intervenus et qui ont été l'occasion de cette leçon.—*Abeille médicale.*

Procidence du cordon ombilical en dehors du travail. — Le docteur MAYGRIER a observé deux cas intéressants où la procidence du cordon s'est faite pendant la grossesse, avant l'apparition du travail.

Dans ces deux cas, analogues par beaucoup de points, il y avait rupture prématurée des membranes, petitesse du fœtus (grossesse avant terme) et absence d'engagement d'une partie fœtale.

La cause déterminante de l'accident fut également la procidence de la main, ainsi que les efforts de défécation dans la position accroupie.

Le travail ne s'est déclaré que plusieurs heures après l'accident, qui, dans les deux cas, a été fatal à la vie de l'enfant.

La réduction manuelle fut tentée, mais en vain. Il conviendrait, en pareille circonstance, de tenter la réduction instrumentale. Comme traitement préventif, on ne saurait trop insister sur la nécessité de maintenir la femme au lit dans la position horizontale, et de fixer la tête au détroit supérieur à l'aide d'un bandage approprié.—*Progrès médical.*

Traitement du placenta prævia, par ROBERT BARNES.—Robert Barnes essaye de donner une interprétation sur la pathogénie des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta. La plupart des méthodes, dit-il, sont dangereuses pour l'enfant; et il est à remarquer que celles qui lui sont favorables le sont généralement pour la mère.

La pratique de Barnes lui donne une survie de 30 pour 100, et il y a plus de guérisons pour la mère qu'avec les autres procédés. Les auteurs commettaient la faute de considérer les manipulations auxquelles ils se livraient comme constituant tout le traitement de l'insertion vicieuse. S'ils eussent été plus pénétrés des principes théoriques, ils auraient reconnu qu'il n'y a pas une méthode de traitement, mais plusieurs auxquelles on doit recourir suivant les conditions particulières à chaque cas, l'âge de la grossesse ou le degré plus ou moins avancé du travail.

Pour cet auteur, l'hémorrhagie a sa source dans les vaisseaux par suite du décollement du placenta. Ce détachement, dû à la diminution de l'aire utérine sur laquelle est implanté le placenta, est également occasionné par une augmentation de tension vasculaire au moment correspondant aux règles; cette tension amène la rupture des vaisseaux en leur point le plus faible qui se trouve être entre l'utérus et le placenta. Dans ce cas, si l'utérus ne se contracte pas, l'hémorrhagie peut durer très longtemps.

Donc, la contraction est nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie.

C'est surtout la rétraction qu'on observe dans le segment infé-

Digitized by Google

rieur ; si elle est retardée, il y a hémorrhagie ; si elle se fait bien, l'écoulement cesse. L'obstacle à la rétraction est dû à l'adhérence partielle du placenta. Si on détache cette adhérence, la rétraction se produit. L'hémorrhagie cesse dès que le segment inférieur est libéré. Ce sont des faits d'observation directe que tous les auteurs pourraient observer s'ils ne recouraient pas à l'accouchement forcé. Barnes pense que l'on doit attribuer l'hémorrhagie à ce que le placenta croît plus vite que le segment inférieur.

On ne peut démontrer ce mécanisme, mais seulement l'admettre par analogie, étant donné ce qui se passe dans la grossesse tubaire où le sac se rompt prématurément. L'insertion sur le segment inférieur est une insertion ectopique, la grossesse est dite ectopique.

Le traitement doit être le suivant : Quand le travail est imminent, l'orifice utérin encore fermé, hémorrhagie considérable, il faut rompre les membranes et appliquer le tampon.

Si l'orifice est suffisamment dilaté, rompre les membranes, si cela ne suffit pas, terminer l'accouchement le plus rapidement possible et sans violence. Avec une dilatation de 4 centimètres, si l'hémorrhagie a cessé malgré un décollement partiel du placenta, il ne faut pas intervenir. Dans la période critique, si le détachement total du placenta ou l'accouchement forcé sont dangereux ou impraticables, on introduit l'index dans l'orifice interne, on sépare toute la portion du placenta accessible qui adhère au segment inférieur, et si l'utérus se rétracte normalement, l'hémorrhagie cesse. On transforme par cette manœuvre un accouchement difficile compliqué de placenta prævia en accouchement normal, et on laisse à la nature le soin de le terminer.

Dans le cas où les contractions sont irrégulières, inefficaces, que le col utérin ne se dilate pas, on devra appliquer le ballon violon qui donne d'excellents résultats.

D'après Barnes, on devra donc recourir successivement à la rupture des membranes, au tamponnement, au décollement du placenta, et enfin au ballon violon.—*Abeille médicale.*

Tamponnement intra-utérin, par le Dr. Auvard.—Ce procédé, pour combattre les hémorrhagies graves ayant résisté aux moyens ordinaires, a été employé pour la première fois par Leroux ; mais la méthode ne date réellement que des travaux récents de Durhssen, Auvard, Fraipont (de Liège).

Pour pratiquer ce tamponnement, il faut deux pinces à griffe, une longue pince à pansement, et des bandes de gaze iodoformée à 50 %, mesurant près de 5 mètres et de 10 à 12 cent. de large. Une seule suffit d'habitude pour tamponner l'utérus et même le vagin ; mais il est bon d'en avoir deux à sa disposition.

Le manuel opératoire diffère, suivant qu'il s'agit d'une hémorrhagie grave ou de moyenne intensité. En cas d'hémorrhagie

Digitized by Google

grave, la main ayant été introduite dans la cavité utérine on fait, sans retirer la main et tout en tenant l'utérus, placer la femme dans la position obstétricale en travers du lit. Aband onnant le fond de l'utérus qu'on confie à un aide, et après avoir vidé la cavité utérine de son contenu, on glisse, avec une pince, l'extrémité de la bande iodoformée jusque dans l'utérus ; la main qui s'y trouve saisit la bande et la porte jusqu'au fond ; une nouvelle partie de la bande est introduite de la même façon, puis également portée au fond de l'utérus : par une série de mouvements semblables on comble tout l'espace libre. Après la cavité du corps, on remplit celle beaucoup moins spacieuse du col, en dernier lieu le vagin. On laisse prendre à l'orifice vulvaire un bout de 10 centimètres. Un tampon de ouate antiseptique est placé sur la vulve et maintenu à l'aide d'une assiette solidement fixée en arrière et en avant à une bande, ou a un bandage de corps comprimant assez énergiquement tout l'abdomen.

Si l'hémorrhagie n'est que de moyenne intensité et que l'on juge nécessaire de pratiquer le tamponnement intra-utérin, on procède de la façon suivante : la femme est placée dans la position obstétricale, un aide tient chacune des deux cuisses, un autre aide pratique l'anesthésie chloroformique lorsqu'elle est nécessaire. Après le nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et après avoir pratiqué le cathétérisme vésical on saisit avec des pinces à griffes les lèvres antérieure et postérieure du col qui est amené ainsi à la vulve ; on inspecte alors le col pour s'assurer qu'il n'est pas la source d'une hémorrhagie artérielle, auquel cas on ferait la ligature. Le col étant maintenu à la vulve, on lave abondamment la cavité utérine de manière à la vider des caillots qu'elle contient.

Quand la cavité utérine est libre, l'opérateur y porte à l'aide d'une pince (Duhrsen) ou à l'aide des doigts (Auvard) l'extrémité de la bande iodoformée ; on ramène la pince ou les doigts et on recommence de même jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée. Avant de détacher les pinces à griffes, la cavité cervicale doit être également remplie. Puis, le col étant libréré, on introduit aussi dans le vagin autant de gaze que possible. L'accoucheur pratique ainsi non seulement un tamponnement utérin, mais un tamponnement utéro-vaginal qui donne une sécurité plus grande ; on laisse le tampon de douze à vingt-quatre heures et l'on est parfois obligé de pratiquer le cathétérisme. L'ablation du tampon est facile et indolore, il suffit de saisir la bande par l'extrémité qui se trouve à l'orifice vulvaire et de la tirer petit à petit au dehors ; à moins d'indications spéciales, on se contente ultérieurement de pratiquer l'antisepsie vulvo-vaginale.—Dr LEPAGE in *Concours médical.*

—A l'encontre d'une opinion courante, la routine est aussi souvent que l'expérience le fruit d'une longue pratique.

Digitized by Google

Particularité de l'utérus au début de la grossesse, par HANDFIELD-JONES.—Certaines déviations du type physiologique peuvent faire commettre des erreurs. M. Handfield-Jones, de Londres, a attiré l'attention sur des conditions spéciales du volume de l'utérus qui peuvent faire reconnaître un début de grossesse.

Le développement exagéré de l'utérus dans le cas d'hydroamnios a toujours attiré l'attention des accoucheurs; la production exagérée du liquide amniotique a été bien étudiée, mais on ne pourrait en dire autant des conditions inverses, caractérisées par une faible quantité de liquide. On a bien dit que la mère était incommodée par les mouvements du fœtus et aussi que ce dernier peut courir des dangers par suite de la formation de brides fœto-amniotiques; mais on n'est pas allé plus loin.

Par la relation de quatre faits cliniques, Handfield-Jones nous montre que la grossesse peut être méconnue dans les premiers mois, l'utérus restant plus petit que ne le comporte l'âge de la grossesse. A trois, quatre, et même cinq mois de grossesse, on rencontre une tumeur abdominale du volume du poing, dure, globuleuse, mobile, et paraissant attachée aux organes du petit bassin par un long pédicule. La pression qu'on exerce sur le fond de cette tumeur est transmise (mais peu) au col de l'utérus; on ne sent pas de fluctuation, on porte le diagnostic de fibrôme sous-péritonéal pédiculé, surtout si les malades sont des multipares qui, n'ayant éprouvé aucun trouble, ne se croient pas enceintes. Quant à la menstruation, vu sa variabilité, on ne peut pas y attacher d'importance.

Si on examine la malade, dix, quinze jours, un mois plus tard, on constate un volume plus considérable de la tumeur : elle atteint l'ombilic et quelquefois le dépasse; cette tumeur qui au premier examen était dure, est maintenant molle et mate; de plus, on perçoit le ballottement et on entend les bruits du cœur; ce qui ne permet plus de douter de l'existence de la grossesse.

Cet auteur attribue ce fait à la minime quantité de liquide amniotique existant lors du premier examen, et à une sécrétion rapide par hydromnios aiguë dont il ne peut déterminer la cause survenue dans l'intervalle des deux examens.

C'est là un fait intéressant que la plupart des accoucheurs ont pu observer, mais qui n'avait pas encore attiré l'attention. Il en vaut cependant la peine, puisque le médecin prévenu ne devra pas pratiquer le cathétérisme utérin s'il a le moindre soupçon de grossesse.—*Abeille médicale.*

—Le succès appelle le succès, malgré l'indignité de celui qui en bénéficie.

Digitized by Google

PÆDIATRIE.

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement.—Pendant bien des années, on crut que l'enfance était à l'abri des manifestations de l'asthme, et ce n'est que vers la deuxième moitié de ce siècle, que la fréquence relative de la maladie, chez les enfants, fut établie par Hyde Salter. Le fait a été confirmé dans la suite : en Angleterre, par Fuller et Ch. West; en Allemagne, par Loschmer et par Politzer, de Vienne. En France, Trousseau fut un des premiers à signaler l'existence de l'asthme chez les jeunes sujets, et cette déclaration a été appuyée depuis par les travaux de Guersant, de Parrot et de G. Sée. Ce dernier auteur a recueilli 42 cas d'asthme dans l'enfance, observés dans la période comprise entre 24 mois et 15 ans; le Dr. MONCORVO a noté la maladie dans 48 cas, depuis l'âge de 2 mois jusqu'à un an, et c'est à l'étude de ces faits curieux qu'il consacre le très intéressant mémoire que nous voudrions résumer en quelques lignes.

Il établit tout d'abord que l'affection se trouve à peu près également répartie entre les deux sexes, alors que chez l'adulte, elle prédomine manifestement dans le sexe masculin.

Les causes intrinsèques de l'asthme chez l'enfant se résument presque toutes, pour le Dr. Moncorvo, dans un état de névrosisme ou d'irritabilité spéciale, qu'on rencontre principalement chez les enfants chétifs, mal nourris, ou fatigués par des maladies dystrophiques acquises ou héréditaires; quant aux conditions déterminantes de l'accès, elles consistent principalement dans une excitation périphérique, dont le point de départ le plus commun est le tégument cutané. Il en résulte que le maximum de fréquence de l'asthme s'observe au printemps, c'est-à-dire dans la saison où les variations brusques de l'atmosphère sont habituelles. Dans d'autres circonstances, le point de départ périphérique, succède à des irritations gastro-intestinales, si fréquentes au jeune âge, surtout dans l'allaitement artificiel.

Toutes les causes, qui peuvent irriter un point quelconque de la muqueuse des voies respiratoires ont été signalées comme prédisposant à l'asthme ou comme susceptibles de l'aggraver; on a relevé tout d'abord l'irritation de la muqueuse nasale ou pharyngienne.

C'est ainsi que Voltolini, un des premiers, a noté les relations qui existent entre l'asthme et les polypes des fosses nasales; plus récemment, Mackenzie a indiqué dans le revêtement des fosses nasales, la présence d'aires sensitives capables d'engendrer des phénomènes spasmodiques plus ou moins complexes, à la suite d'une excitation légère. Mais si ces conditions ont été rencontrées parfois chez l'adulte, elles paraissent être exceptionnelles dans le

Digitized by Google

jeune âge ; telle est cependant l'observation de Jacobi (1883) de la coïncidence d'un polype naso-pharyngien chez un enfant, coïncidant avec des accès d'asthme, très améliorés dans la suite, par l'extirpation de ce polype. Le Dr. Moncorvo insiste sur la rareté de ces faits, dans l'enfance, et il en trouve la raison dans ce détail anatomique que le tissu érectile et caverneux de la muqueuse de Schneider est fort rudimentaire au moment de la naissance et ne se développe que lentement dans les premiers temps de la vie. De même, il n'a jamais observé d'accès d'asthme chez les enfants porteurs d'hypertrophie amygdalienne capable même d'obstruer presque entièrement l'isthme du gosier.

Si l'asthme d'origine nasale ou pharyngienne est exceptionnel chez les enfants, il n'en est plus de même à la suite des excitations de la muqueuse bronchique, dont l'irritabilité est excessive : les corps gazeux, les poussières animales, végétales ou minérales, l'atmosphère chargée de fumée, les émanations de toute sorte qu'on rencontre dans les grands centres sont des causes fréquentes de la maladie. Le Dr. Moncorvo, a pu relever cette influence chez les trois quarts de ses malades dont les familles habitaient des quartiers malsains de Rio-Janeiro.

On sait que le Dr. Jules Simon a signalé un cas grave d'asthme chez un jeune garçon de 3 ans et demi, dont les accès d'oppression, véritablement effrayants, peuvent être attribués à l'infection palustre, et cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine (1882). Le Dr. Moncorvo, qui observe dans un pays où règne endémiquement l'impaludisme, est amené à rechercher l'influence de cette intoxication sur la production de la maladie spasmodique : il pense que l'empoisonnement malarien "peut contribuer à la répétition et peut-être aussi à l'aggravation de la dyspnée, par l'intermédiaire de son action sur le nerf vague."

Reste enfin un dernier point à élucider au sujet de l'origine syphilitique de l'asthme chez les enfants ; sur ce sujet, le même auteur déclare que la syphilis héréditaire, étant capable d'exagérer la susceptibilité du névraxe, peut figurer, à l'instar d'autres affections dystrophiques, au nombre des causes prédisposantes de l'asthme dans l'enfance.

Après avoir rappelé les différentes théories pathogéniques de l'asthme, et conclu, avec la majorité des auteurs, que cette maladie constitue un type de névrose réflexe, caractérisée par le spasme inspiratoire, accompagné presque toujours d'un trouble de l'innervation sécrétoire de la muqueuse bronchique, le Dr. Moncorvo décrit avec grand soin les caractères symptomatiques et les diverses formes cliniques que revêt l'asthme des enfants. Après cet intéressant chapitre de pathologie, l'auteur aborde la question importante du diagnostic différentiel de la maladie, et donne les principaux caractères qui la feront distinguer du spasme de la glotte, de la laryngo-sténose paralytique, de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la laryngite striduleuse.

Digitized by Google

Le dernier chapitre est consacré au traitement de l'asthme infantile; nous voulons y assister avec quelques détails. Lorsque l'asthme revêt la forme catarrhale, il est bon de recourir à l'emploi préliminaire d'un vomitif, sous la forme de poudre d'ipéca à la dose de 0,20 centigr. répétée toutes les 5 ou 10 minutes, ce qui détermine des vomissements abondants avec expulsion de mucosités bronchiques. Lorsque l'accès d'asthme se complique d'augmentation de la chaleur, ce qui serait dû, bien souvent, à l'impaludisme concomitant, le vomitif est suivi d'une dose d'antipyrine ou de quinine. Une fois l'arbre bronchique dégagé et la température redevenue normale, le Dr. Moncorvo passe de suite au traitement anti-asthmatique proprement dit.

Dans la thérapeutique des adultes on a souvent donné la préférence à la méthode des inhalations de vapeurs, produite par la combustion de papiers ou de cigarettes imbibés de solutions nitrées, ou dans des infusions de feuilles de solanées telles que la belladone, la jusquiame, le datura stramonium.

Dans l'enfance, l'emploi de ces moyens est, pour ainsi dire, impossible; aussi le Dr Moncorvo a-t-il pensé à leur substituer l'usage de la *pyridine*, liquide incolore, très volatil, provenant de la distilation sèche de diverses matières organiques, dont les bons effets dans l'asthme de l'adulte ont été mis en relief par G. Sée. Voici comment on procède chez les enfants : cinq gouttes de pyridine renouvelées trois ou quatre fois par jour, sont versées sur la partie la plus large d'un mouchoir placé devant la poitrine et attaché au cou; de cette façon les enfants peuvent se déplacer à leur aise sans se soustraire à l'inhalation des vapeurs qui se dégagent. Dans la majorité des cas, on observe une amélioration très prompte et, au bout d'un temps assez court, la cessation complète de tous les phénomènes.

Dans le même but, on peut donner aux enfants la *lobelia inflata* sous forme de teinture; et la plupart des sujets ont pu prendre, 8. 10, 12 et même 15 grammes de teinture, avec un bénéfice réel; l'usage de la *lobéline* à la dose de 5 à 10 milligrammes est resté, en général, au-dessous de l'effet produit par la teinture de lobélie à haute dose.

L'emploi des *iodures*, signalé depuis longtemps déjà en Amérique par Horace Green, a donné de bons résultats aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Les enfants en bas âge tolèrent bien la teinture d'ode à la dose de quatre à dix gouttes par jour dans un petit verre d'eau, prise immédiatement après les deux principaux repas; chez d'autres, on donnera la préférence au sirop iodotannique. On donne encore avec avantage l'iodure de sodium à la dose quotidienne de 1 et même de 4 grammes, à la suite des deux repas, dans du sirop de groseilles ou d'écorces d'oranges amères. Enfin, dans les cas rebelles, on pourrait peut-être avoir recours à *l'électrothérapie*.

Tel est, en quelques lignes, le résumé du remarquable mémoire

Digitized by Google

que le Dr. Moncorvo vient de consacrer à l'étude intéressante de l'asthme dans l'enfance. Dans ce travail, appuyé de trente-deux observations inédites, l'auteur déjà bien connu par un grand nombre de bons travaux de pathologie infantile, a donné de nouvelles preuves de son talent d'observateur attentif et de clinicien éclairé; son nouveau travail sera lu avec fruit, par tous ceux qu'intéresse l'étude, si attachante, des maladies des enfants.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Alcoolisme.—*Mann.*

P.—Teinture d'opium déodorisée.....
Extrait fluide de jusquiame.....
Chloral.....
Bromure de potassium.....ãã 1 drachme
Teinture de capsicum..... $\frac{1}{2}$ "
Teinture de racine d'aconit..... 5 minimes
Eau de menthe poivrée, q. s., pour..... 4 onces

Brooklyn Medical Journal.

Gastrite chronique.—*Da Costa.*

P.—Oxide de zinc..... 2 grains
Extrait de belladone..... $\frac{1}{16}$ "

Pour faire une pilule.—A prendre trois fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Cirrhose.—*Bartholow.*

P.—Iodure d'ammonium..... 1 drachme
Liqueur de Fowler..... $\frac{1}{2}$ "
Teinture de colombo..... $\frac{1}{2}$ once
Eau..... $1\frac{1}{2}$ "

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé trois fois par jour avant les repas.—*Leonard's Medical Journal.*

Ptyalisme.—*Gross.*

P.—Liqueur de sous-acétate de plomb..... 1 drachme
Eau distillée..... 8 onces.

M.—Comme gargarisme.—*Leonard's Medical Journal.*

Constipation chez les enfants.—*Rex.*

P.—Podophylline..... $\frac{1}{20}$ grain
Alcool.....20 gouttes
Sirop..... 1 once

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé, pour un enfant d'un an, lorsque les selles sont argileuses et dures.—*Leonard's Medical Journal.*

Digitized by Google

Hernie.—*Heaton.*

P.—Sulfate de morphine..... 1 grain
Extrait fluide d'écorce de chêne blanc..... 3½ onces
M.—15 gouttes en injection hypodermique dans le collet du sac après réduction de la hernie.—*Lancet-Clinic.*

Ozène.—*Noquet.*

P.—Chloral..... 1 grain
Acide borique..... 1 "
Glycérine pure..... ½ once
Eau de laurier-cerise..... 5 drachmes
Eau distillée, q. s. pour..... 8 onces
M.—En pulvérisations.—*Revue de thérapeutique.*

Eczéma des paupières.—*Jackson.*

P.—Cold cream..... 2½ drachmes
Résorcine..... 3 grains
M.—En applications, trois ou quatre fois par jour.—*Analectic.*

Vieux ulcères.

P.—Tannin..... 4 scrupules
Nitrate acide de mercure.....12 gouttes
Axonge..... 1 once
Medical Age.

Cors et verrues.

P.—Acide salicylique..... 30 parties
Collodion élastique.....240 "
Atropine..... 1 à 2 "
Albany Medical Annals.

Suppositoires utérins antiseptiques.—*Morhoof.*

1o P.—Iodoforme..... 20 grammes
Amidon..... 20 "
Glycérine..... } ãã
Gomme arabique..... } 1 "
Térébenthine..... 20 gouttes
M.—Faire six suppositoires.

2o P.—Acide salicylique.....
Amidon..... 5 grammes
Glycérine..... } ãã
Gomme arabique..... } 1 "
Huile de ricin..... 10 gouttes
M.—Faire 10 suppositoires.—*Weekly Medical Review.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, MAI 1889

Le traitement du cancer.

Y a-t-il un traitement médical du cancer, ou si l'on aime mieux, de la diathèse cancéreuse ? En présence d'un cas de cancer, chez un individu cachectique ou non, l'homme de l'art doit-il se borner, en dehors de toute intervention chirurgicale, à instituer un traitement palliatif, à calmer la douleur, faire des pansements antiseptiques, administrer des toniques et des stimulants ?

Peut-on faire quelque chose de mieux et combattre la carcinose elle-même ?

M. le docteur Neudorfer, de Vienne, répond dans l'affirmative et prétend que, comme la tuberculose et la syphilis, la diathèse cancéreuse est passible d'une médication interne, et peut-être même, ajoute-t-il, de cures climatériques et diététiques.

La carcinose, paraît-il, ne s'observe qu'exceptionnellement sur le plateau de Mexico, de même qu'au Cap de Bonne-Espérance et dans certaines régions de l'Europe. Il conviendrait donc d'y diriger nos cancéreux. En même temps il serait utile, si les observations de MM. Verneuil et Reclus sont exactes autant qu'elles sont rationnelles, de soumettre ces malades à un régime absolument azoté. Comme médicaments, M. Neudorfer recommande particulièrement la créosote, la créoline, l'arsenic, le condurango, la térébenthine de Chypre, l'eau ozonisée.

Sans vouloir attacher à ce traitement interne de la carcinose plus d'importance qu'il n'en mérite, puisque l'expérience est là pour nous dire combien cette maladie donne peu de prise à la médication, nous croyons cependant devoir réclamer en faveur des cancéreux, principalement dans nos hôpitaux, un peu plus d'attention de la part des praticiens et une thérapeutique plus active et mieux dirigée.

Il y aurait tout avantage, croyons-nous, à réunir les cancéreux dans une même salle d'hôpital ou, ce qui vaudrait mieux encore, dans un hôpital spécialement consacré aux incurables de cette catégorie. Cela rendrait plus faciles l'application des moyens de traitement et les recherches pathologiques en vue d'une médication appropriée, spécifique ou non. Même dans le cas d'un traite-

Digitized by Google

ment purement palliatif, il y aurait matière à amélioration, attendu que les malheureux atteints de cancer sont souvent négligés par les chefs de service, dans un hôpital dit général, sous prétexte que le cas est désespéré et ne saurait être d'un grand intérêt clinique. Ces deux derniers points sont fort discutables, à notre avis, attendu qu'il n'est pas d'affection, si légère qu'elle soit, si incurable qu'on la suppose, qui ne comporte un enseignement pratique dont tous, même les plus habiles, peuvent faire leur profit en temps et lieu.

Et puis, pourquoi ne chercherait-on pas, dans ce siècle d'universelles perquisitions, à trouver pour le cancer et la carcinose un ou des modes de traitement susceptibles de donner de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à présent ? Longtemps la phthisie a été regardée comme une affection absolument incurable dans tous les cas. Aujourd'hui qu'on est mieux renseigné sur sa véritable nature et sur l'action des agents destinés à la combattre, les guérisons se multiplient, Il est conforme à la raison et au sens commun que l'espoir d'un semblable résultat puisse être entretenu à l'égard de la diathèse cancéreuse.

La faradisation comme moyen de diagnostic et de traitement de l'attaque d'hystérie.

M. le docteur Didier, interne des hôpitaux de Lyon, reprenant à nouveau l'étude des effets de la faradisation chez les hystériques, a employé, sous la direction de son chef de service, M. Carrier, médecin de l'Antiquaille, le courant faradique dans le traitement de l'attaque d'hystérie, et en a obtenu des résultats qu'il consigne dans les conclusions suivantes, (*Lyon médical*) :

1° De tous les moyens préconisés jusqu'ici pour arrêter la crise d'hystérie ou pour la prévenir, la faradisation électrique est incontestablement le meilleur. Elle a fait avorter les crises dans tous les cas d'hystérie convulsive et dans deux cas d'hystéro-épilepsie.

2° Cette faradisation permet dans les cas difficiles et en l'absence d'un clinicien expert de distinguer un épileptique d'un sujet atteint d'hystérie, soit d'hystérie épileptiforme, soit d'hystérie convulsive de Charcot, puisque chez le premier la crise n'est pas modifiée, alors que chez les seconds elle est arrêtée.

3° A l'aide de ce procédé d'électrisation on peut encore discerner chez un malade atteint des deux névroses à la fois, les manifestations qui appartiennent à l'hystérie puisqu'elles sont arrêtées dans leur marche, des manifestations épileptiques qui se produisent complètes malgré les efforts qu'on leur oppose.

4° Le manuel opératoire consiste à appliquer les électrodes d'un courant faradique de moyenne intensité, le long du trajet de

Digitized by Google

l'aura, c'est-à-dire au creux épigastrique et à la partie antérieure du cou, lorsqu'on arrive au début de la crise. Lorsqu'on n'intervient que pendant la période tonique ou clonique, on place un électrode au cou, l'autre dans une main, ou les deux électrodes dans les deux mains.

5° Outre ses effets abortifs sur la crise d'hystérie, la faradisation a en même temps un effet curatif comme les autres modes d'électricité. Ainsi Erb recommande dans l'hystérie la faradisation générale et les bains électriques. C'est que les applications faradiques répétées à chaque nouvelle attaque ont la propriété de retarder, d'éloigner progressivement les attaques, et à la longue de les faire disparaître, quelquefois complètement. Il est évident qu'il faut s'aider en même temps du traitement général de la névrose, et de l'hydrothérapie.

Tels sont les points sur lesquels nous voulions attirer l'attention. Notre seul but est de mettre en lumière un mode de traitement (facilement applicable et utilisable pour tous) d'une névrose contre laquelle on est souvent et pendant longtemps impuissant.

***

On annonce un nouveau traitement de l'incontinence d'urine chez les garçons. Suivant certain docteur OBERLANDER, l'incontinence d'urine serait toujours liée à une irritation réflexe se produisant sur la muqueuse de l'urèthre au niveau du sphincter de la vessie. Or, pour combattre cette irritation, l'auteur recommande la dilatation forcée du tiers postérieur de l'urèthre et du sphincter de la vessie !... En reproduisant une note relative à cette étrange médication, M. le docteur BOUCHUT ajoute avec à propos : "Voilà une médication qu'il sera bon de ne pas employer."

***

Chez les femmes prédisposées à l'avortement, il est d'usage sacramentel de recommander un repos rigoureux, absolu, parfait ! La patiente est tenue au lit pendant des semaines entières, voir des mois, sans qu'on lui permette le moindre exercice, la moindre fatigue physique, et peut ainsi, mais pas toujours cependant, se rendre heureusement au terme de la grossesse. Nous disons : pas toujours ; en effet, il est des femmes chez lesquelles l'avortement est passé pour ainsi dire à l'état d'habitude, et qui, nonobstant les précautions les plus minutieuses, ne vont guère au delà de 3 ou 4 mois de grossesse, et avortent avec une désespérante régularité. Ce que voyant, l'idée a été émise de donner à la femme ainsi prédisposée à l'avortement, non du repos mais de l'exercice, et un exercice non pas modéré mais très actif et même violent. Un correspondant du *British Medical Journal*, se basant sur le fait que l'illustre Boerhaave aurait exprimé une pensée semblable, recommande particulièrement, dans ces cas, l'exercice à cheval. Il cite

Digitized by Google

un cas d'observation personnelle, où une dame, ayant avorté plusieurs fois malgré les plus grandes précautions et un repos absolu pendant des mois entiers, et ayant en conséquence abandonné tout espoir d'avoir des enfants à terme, se livra à l'exercice à cheval, non seulement en dehors de toute grossesse, mais encore après qu'elle eut raison de se croire enceinte de nouveau. Le résultat fut : une grossesse à terme !

Sans vouloir recommander le procédé comme infaillible, nous croyons cependant que l'exercice en général, même violent s'il peut être supporté, étant de nature à tonifier le système, doit exercer une influence salutaire dans les cas précités. Il agit alors comme le ferait un puissant reconstituant. Avouons aussi que pour certaines organisations féminines, l'avortement se reproduit avec tant de persistance et souvent d'une façon si inexplicable, que l'on semble bien être excusable sinon justifié de mettre de côté les minutieuses précautions d'une prudence exagérée, pour suivre un régime diamétralement opposé, en se disant qu'il ne saurait rien arriver de pis qu'une fausse couche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JUDSON.—*The question of interfering with abcesses of Hip disease, by* A. B. JUDSON, M. D.

Twenty-eighth Annual Report of the Cincinnati Hospital to the Mayor of Cincinnati, for the fiscal year ending December 31*st*, 1888. 1 vol. in-8o, p. 102.—Cincinnati, 1889.

LAVAUX.—**Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique.—Ses usages, son application au traitement des cystites douloureuses,** par le docteur J. M. LAVAUX, Paris.—G. Steinheil, éditeur, 2 Casimir Delevigne, Paris, 1888.

WARNER'S.—*Warner's Therapeutic Reference Book, in*-16, 120 *pages*, publié par Wm R. WARNER, de Philadelphie. Prix, $1.00. —Contient un formulaire médical; une table posologique; poisons et antidotes; art de prescrire; digestibilité des aliments; signes et terme de la grossesse, etc.

BUCK.—**A Reference Handbook of the Medical Sciences** *embracing the entire range of scientific and practical medicine and allied sciences, by various writers ; illustrated by chromo-lithographs and fine wood engravings ; edited by Albert H. Buck, M. D., New-York City. Volume VII, Ter-Wor., New-York, William Wood and Company,* 56 *and* 58 *Lafayette Place*, 1889.—Octavo-royal de 800 pages, contenant 801 gravures sur bois et 2 chromo-lithographies.

La plupart de nos lecteurs connaissent déjà ce magnifique ouvrage, véritable encyclopédie médicale qui possède sur toutes les

Digitized by Google

AUX

TRIE.

M. D.,

ital Notre-Dame.

—

ntaire, arrêtez-la par la
s calmants qu'on prodi-
ofuse à l'enfant avec une

Jules Simon concernant
ns notre premier article,
est facilement produit :
dose des substances acti-

dentaire ? Est-ce que nous
s mauvais effets sur l'or-

douleur ? Est-ce trouble
la sécrétion de la salive
on peut être en proportion

ous ces effets qu'il faut ad-
nt produits. Nous avons dit
l'élément irritant ; voyons
trouble digestif amené na-
té ou en qualité de ses sucs.
son spéciale, elle est de tout
ents en hiver comme en été ?
sous l'influence de la chaleur
ils réellement différents, ou
s de peu de conséquence en hi-
us nous rallions à cette dernière

is affaire à un embarras gastri-
aiguë ; en été, mêmes troubles
lésions découvertes par l'autopsie ;
e diarrhée plus souvent abondante.

Digitized by Google

Nécrologie.—A Bourg-la-Reine, France, M. NATIVELLE (Claude-Adolphe), pharmacien, bien connu par de remarquables travaux sur les principes actifs des végétaux et surtout par la découverte de la digitaline cristallisée, laquelle porte aujourd'hui son nom.—A Paris, France, M. CHEVREUL, Professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, *doyen des étudiants de France*, à l'âge de 102 ans, 7 mois et 9 jours ; M. le docteur Paul BRICON, rédacteur au *Progrès Médical*.—A Utrecht, M. le professeur DONDERS, bien connu par ses nombreux travaux en ophtalmologie.—A Philadelphie, E. U., M. le docteur S. W. GROSS, professeur de chirurgie au *Jefferson Medical College*.

Université Laval, Montréal.—Faculté de Médecine.—Les examens pour le doctorat en médecine ont eu lieu du 6 au 13 avril, et ont donné le résultat suivant :

Docteurs en médecine : MM. Jos. DESJARDINS, L. J. DÉSY, C. LAVIOLETTE, E. OSTIGUY, J. T. D. de PONTBRIAND, G. VILLENEUVE et M. FOY.

Bachelier en médecine : M. H. PRÉFONTAINE.

Durant le troisième terme, les cours se donnent dans l'ordre suivant :

Botanique : Prof. DUVAL.—8 h. a. m. tous les jours.

Pathologie générale : Prof. BRENNAN.—9 h. a. m., tous les jours.

Clinique interne (hôpital Notre-Dame) : Prof. LARAMÉE.—10 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Clinique externe (hôpital Notre-Dame) : Prof. BROSSEAU.—10 h. a. m., mardi, jeudi, samedi.

Hygiène : Prof. S. LACHAPELLE.—3 h. p. m., tous les jours.

Thérapeutique et matière médicale : Prof. DESROSIERS.—4 h. p. m., tous les jours.

Tocologie : Prof. DAGENAIS.—5 h. p. m., tous les jours.

Clinique de tocologie (Hospice de la Miséricorde) : Prof. DAGENAIS.—Sur avis spécial.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—Les examens semi-annuels de l'Association Pharmaceutique ont eu lieu à Montréal le 9 avril. Ont subi avec succès l'épreuve finale et ont conséquemment été admis pharmaciens : MM. A. Goyer, J. W. R. Inman, W. Lecours, R. R. Dixon, Ed. White, Rob. Webb et A. Gauvreau.

Ont subi également avec succès l'examen dit mineur : MM. F. R. Gravel, A. M. McMillan, A. G. Laurence, T. D. McLeish, J. L. Mathieu, E. Barbeau, B. L. Baird, A. C. Fraser, A. Descaries, L. A. R. Turcotte, W. S. Johnson, C. C. Brymer, H. Laurent et J. H. Carnie.

Cette année, ce sont deux élèves canadiens français, MM. Goyer et Gravel qui ont mérité la médaille d'honneur dans les deux examens.

Digitized by Google

A l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la pharmacie, examen qui a eu lieu simultanément à Québec et à Montréal, le 4 avril, les candidats dont les noms suivent ont été admis:

A Montréal, MM. H. C. Harvey, W. J. Furse, E. H. Lawson, G. A. Simard, Henry Bailley, A. Beaucage, A. W. Thomas, Sylvio Moisan, R. A. Derrick, W. A. Arnold, Marius Hirtz, F. O. Anderson, M. Marchand, W. S. Davidson, Fred. Pollock et W. A. Milne.

A Québec, MM. P. J. McCloskey, Ludovic Brunet et Joseph Goulet.

Association médicale du Canada.—" La lettre circulaire dont nous donnons le texte ci-après vient d'être adressée à toute la profession médicale du Canada, par MM. les docteurs Geo. Ross, président et James Bell secrétaire-général de l'Association.

" La 22e réunion annuelle de l'*Association médicale du Canada* se fera à Banff, Territoire du Nord-Ouest, les 12, 13 et 14 août prochain.

" La compagnie du chemin de fer du Pacifique Canadien est convenue de transporter les membres et délégués de l'Association ainsi que leurs femmes ou les membres de leurs familles aux taux suivants: De tout endroit dans Ontario ou Québec, à Banff, aller et retour, $95,00 par tête, y compris un lit double dans le char dortoir pour chaque personne, et les repas dans le char réfectoire, sur le chemin de Montréal ou Toronto à Banff et retour, et de plus, quatre jours de pension à l'Hôtel de Banff. Les billets de passage seront bons aller et retour de tout endroit sur le Pacifique Canadien, soit dans Ontario, soit dans Québec, à Montréal ou Toronto, mais les lits et les repas ne commenceront à être inclus qu'à ces deux villes seulement.

" De tout autre endroit de la Puissance, les prix seront comme suit: De Halifax à Banff et retour, $110.00; de St. Jean, N. B., à Banff et retour, $100.00, mais les billets ne comprendront pas les lits et les repas à l'est de Montréal, soit en allant soit en revenant.

" De Port Arthur à Banff et retour, $60.00; De Winnipeg ou Brandon, $50.00; de Régina, $35.00 y compris lits et repas de ces divers points.

" De Calgary, $4.50 lits et repas non compris.

" De Victoria ou Vancouver à Banff et retour, y compris repas dans char réfectoire et lit double, mais ne comprenant pas les frais d'hôtel à Banff, $30.00, ou, y compris quatre jours d'hôtel à Banff, $40.00.

" Vu les dispositions de "l'Interstate Commerce Law" il ne sera pas possible d'obtenir de réduction des différents endroits des Etats-Unis, sinon de St-Paul, Minn., de cette ville à Banff et retour, y compris repas et char dortoir entre Winnipeg et Banff seulement, $60.00. Les délégués américains sont donc priés de

Digitized by Google

faire leurs arrangements respectifs entre leurs résidences et Montréal, Toronto, St-Thomas où toute autre place sur la ligne du Pacifique Canadien.

" On fait des efforts pour obtenir des prix spéciaux entre Liverpool et Montréal sur les vapeurs des lignes canadiennes pour les délégués transatlantiques.

" Il est convenu que le départ se fera de Montréal le soir du 6 août, par le train *express* régulier du Pacifique, arrivant à Winnipeg le 9, y permettant un jour de relai, partant de Winnipeg le 10 août et arrivant à Banff à bonne heure lundi le 12 août. Les assemblées de l'Association se tiendront alors à l'hôtel (le chemin de fer du Pacifique Canadien pourvoyant à l'accommodation) les 12, 13 et 14, après quoi les membres pourront ou s'en retourner à loisir, ou faire une promenade sur la côte du Pacifique partant à bonne heure le 16 août et pour lequel voyage on offre les prix suivants : De Banff à Victoria et retour, non compris repas et lits, $20.00, ou y compris repas dans char réfectoire et lits, $30.00. On pourra obtenir à Banff, pour les membres, les délégués et leurs familles seulement, les billets pour cette excursion.

" Les billets spéciaux livrés par le chemin de fer du Pacifique Canadien pour Banff et retour, auront une portée de 60 jours, et les acheteurs auront le privilège d'arrêter, à volonté, à tout endroit sur le Pacifique, allant et venant. A Port Arthur et à Owen Sound des billets pourront être échangés afin de permettre aux membres de faire le trajet entre ces deux endroits en bateau. On donnera en rapport avec ces billets des coupons pour les repas et les lits qui pourront servir de paiement partiel à tous ceux qui voudront faire des arrêts supplémentaires ou passer plus de temps en chemin. L'exécutif de l'Association croit qu'il est désirable qu'en allant tout le monde suive ensemble la ligne du chemin de fer jusqu'à Banff, afin que tous soient présents à l'ouverture du Congrès. En sus des membres de l'Association médicale du Canada à qui cette circulaire est particulièrement adressée, une invitation cordiale est faite à tous les membres effectifs de la profession régulière de la Puissance du Canada, des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne et on fera parvenir les certificats requis après demande faite au secrétaire.

" Les membres et les délégués sont priés de faire connaître au secrétaire les endroits sur la ligne du Pacifique d'où ils désirent partir, et cela assez à bonne heure pour permettre à la compagnie d'envoyer des billets spéciaux à ces endroits.

" Il sera requis de plus des membres et des délégués pour obtenir ces billets spéciaux, de présenter un certificat du secrétaire général ou provincial.

" Les membres qui désirent faire des communications à cette assemblée sont priés de faire connaître le plus tôt possible au secrétaire, le Dr J. Bell, 53 Union Avenue, les sujets qu'ils ont l'intention de traiter."

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Diarrhée, Selles lientériques. (*suite*).—

Enrayez donc l'irritation du travail dentaire, arrêtez-la par la lancette, comme par les calmants,—par les calmants qu'on prodigue à l'adulte outre mesure, et qu'on refuse à l'enfant avec une barbarie révoltante.

En mettant en pratique le conseil de Jules Simon concernant les narcotiques, que nous avons donné dans notre premier article, le danger est impossible, et l'effet désiré est facilement produit: *il faut toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives.*

Comment se comporte cette évolution dentaire? Est-ce que nous comprenons bien le *modus operandi* de ses mauvais effets sur l'organisation infantile.

Est-ce irritation réflexe causée par la douleur? Est-ce trouble de digestion, amené par l'abondance de la sécrétion de la salive et des sucs de l'estomac, dont la secrétion peut être en proportion de ceux de la bouche?

Nous croyons qu'il faut combattre tous ces effets qu'il faut admettre comme étant tous naturellement produits. Nous avons dit de quelle manière il fallait amoindrir l'élément irritant; voyons comment nous pourrons triompher du trouble digestif amené naturellement par l'altération en quantité ou en qualité de ses sucs.

L'irritation dentaire n'a pas de raison spéciale, elle est de tout temps, et les enfants percent leurs dents en hiver comme en été? Pourquoi les effets sont-ils différents sous l'influence de la chaleur que sous l'influence du froid? Sont-ils réellement différents, ou bien ne sont-ce pas les mêmes effets de peu de conséquence en hiver et devenant graves en été. Nous nous rallions à cette dernière opinion.

Dans la saison froide nous avons affaire à un embarras gastrique, à forme aiguë, ou dyspepsie aiguë; en été, mêmes troubles constatés par la clinique, mêmes lésions découvertes par l'autopsie; seulement nous avons en plus une diarrhée plus souvent abondante.

Digitized by Google

faisant place quelquefois à la diarrhée cholériforme si souvent mortelle.

La chaleur voile donc le facteur qui modifie l'expression de la maladie, puisque ce n'est que dans les premiers jours de la saison chaude qu'on lui voit subir ce changement. Attendons une quinzaine et puis nous aurons une véritable épidémie que le froid seul fera cesser. Encore une fois, *quomodo fiat istud ?*

Les bactériologistes ont là un nouveau champ d'investigation ; ils sont déjà à l'œuvre et nous devons attendre d'eux une lumière nouvelle avec un microbe nouveau.

" Nul doute, nous dit Henoch, que la température élevée augmente la tendance à la fermentation et que les dyspepsies aiguës qui en sont le résultat dans toutes les saisons peuvent devenir épidémiques, et qu'il faut conclure qu'avec la chaleur des germes infectieux sont développés et sont cause de l'aggravation des symptômes."

Ces explications étant données, la thérapeutique a un chemin tracé, un seul chemin à suivre, un seul traitement rationnel à instituer.

Henoch, qui est celui de tous nos auteurs qui nous paraît le plus logique dans l'exposition des idées et des faits, insiste sur l'évacuation des premières voies : le lait n'est pas digéré, les selles nous le prouvent ; il y a des caillots dans l'estomac dont il faut débarasser celui-ci ; première indication. La deuxième indication est de faciliter le travail de la nature en augmentant la sécrétion des acides de l'estomac, en stimulant le fonctionnement des glandes à pepsine. La troisième indication est de combattre la fermentation. Les remèdes qui peuvent remplir ces trois indications sont nombreux, mais il faut se souvenir que le succès de la thérapeutique consiste à simplifier celle-ci autant que possible, afin de la rendre plus facile d'administration régulière. Deux médicaments semblent surtout préférables : le calomel et l'acide hydrochlorique, dont voici les formules. Seulement, il faut se souvenir que c'est là le traitement qui doit être institué dès les deux ou trois premiers jours, une plus longue période de la maladie modifiant sérieusement la médication.

P. 1.—Calomel .... 0. 005—0. 01
Sacch. alb..... 0. 5

Donnez cette prise deux fois par jour.

P. 2.—Acid. hydrochloric..... 0. 5—1. 0
Aq. destil..... .... 100. 0
Gm. arab 1. 0
Syrup. alth..... ..... 20. 0

M.—Donnez une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Digitized by Google

L'opium, que nous conseillons comme calmant local du travail dentaire, ne doit pas être donné dès le début de la diarrhée, parce qu'il pourrait enrayer, par son action constipante, l'action médicamenteuse que nous voulons produire, c'est-à-dire qu'il pourrait empêcher l'évacuation des matières infectieuses que nous devons expulser : ce n'est que plus tard que nous devons y avoir recours.

Le lait à la glace est préférable, et par très petite quantité ; la cuillère dans ce cas remplace avantageusement la bouteille : les vins légers sont souvent mieux tolérés que toute autre substance ; il faut y avoir recours. On aura aussi recours aux bains, bains de camomille à 28e R. Il ne faudra pas oublier que la médication contre-irritante est toute puissante chez les enfants, et contre le vomissement, il faudra l'employer ; le papier Rigollot est le plus facile d'administration.

Quand la diarrhée présente une forme stomacale, persistante, c'est-à-dire qu'il y a vomissement fréquent, la chlorodyne donne de merveilleux effets.—(*A suivre.*)

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE,

par H. E. Desrosiers, M. D.,

professeur à l'Université Laval, (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Strophantus et strophantine.—Traitement de la pleurésie par la caféine.—Encore l'antipyrine.—Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive.—Un nouvel analgésique : l'exalgine.—Dosage de la noix vomique.—Goudron et apomorphine.—Traitement des oxyures par l'huile de foie de morue.—La morphine dans le mal de Bright.—Les incompatibilités de la pepsine.—Le calomel comme diurétique.—L'anémone pusatille.

Strophantus et strophantine.—La question de l'utilité thérapeutique du strophantus et de son mode d'action a occupé l'attention de l'*Académie de médecine* et de la *Société de thérapeutique* de Paris dans le cours des mois de novembre et décembre 1888 et janvier 1889. Tous les savants académiciens qui ont pris part à la discussion : MM. Germain Sée, Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Laborde, Constantin Paul, se sont accordés à reconnaître au strophantus et à son principe actif une action puissamment tonique sur le cœur, ce qui fait de ce nouvel agent un auxiliaire de la digitale. Ils ont observé l'élévation de la pression artérielle et l'augmentation

Digitized by Google

d'énergie de la systole, d'où indication de prescrire le strophantus dans les cas où le cœur est faible (asystolie) surtout dans les lésions mitrales et en particulier dans les rétrécissements. Sous son influence le pouls devient plus fort et plus régulier, la dyspnée disparaît (Bucquoy). L'avantage que présente le strophantus sur la digitale, c'est qu'il peut être administré et toléré pendant fort longtemps ; même quand l'accoutumance est établie, il continue à produire de bons effets ; il ne s'accumule pas et n'occasionne pas de nausée. Seul, M. Sée n'a pas observé de diurèse sur l'influence du strophantus ; il préfère, avec M. LABORDE, le glucoside strophantine au strophantus, comme du reste tous deux préfèrent les principes immédiats aux médicaments complexes.

La préparation employée par MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz est l'extrait de strophantus. Ici nous ne prescrivons guère que la teinture à dose de 5 à 30 minimes.

Traitement de la pleurésie par la caféine.—M. le docteur J. COMBY a présenté à la *Société clinique* de Paris un cas de pleurésie séro-fibrineuse traitée et guérie à l'aide de la caféine. Celle-ci fut donnée à dose de 27 grains par jour (avec égale dose de benzoate de soude) pendant douze jours consécutifs. Il s'en suivit une diurèse abondante sous l'influence de laquelle la pleurésie marcha promptement vers la résolution. Le malade fut mis concurremment au régime lacté. Pour M. Comby, la caféine est un adjuvant précieux du régime lacté, car c'est, dit-il, le diurétique le plus puissant et le plus sûr que nous connaissions, mais il faut la donner à forte dose ; c'est également à dose élevée qu'elle procure les meilleurs résultats dans les affections cardiaques avec ascite ou anasarque.

Encore l'antipyrine.—D'après HUCHARD, l'antipyrine serait contrindiquée durant la menstruation, étant apte à arrêter l'écoulement sanguin et à donner lieu conséquemment à des symptômes plus ou moins alarmants.

Dans la coqueluche, l'antipyrine compte des succès. Elle agirait probablement à la fois comme modérateur de l'excitabilité nerveuse et comme antiseptique. Pour M. Dubousquet LABORDERIE, (*Société de thérapeutique*) elle agit efficacement contre les trois éléments de la coqueluche : le catarrhe, la spécificité, l'élément nerveux. Dans 71 cas sur 94, les résultats ont été très appréciables. Tandis qu'une coqueluche sérieuse dure en moyenne de quarante à cinquante jours, quelquefois davantage, dans les cas où l'antipyrine a été employée, la durée de la maladie n'a pas dépassé de dix-huit à vingt-cinq jours. En outre, la gravité de la maladie était amoindrie et les quintes diminuaient très rapidement de fréquence. La dose quotidienne a été de 6 à 18 grains pour les enfants de un à trois ans, et de 36 grains à 1 drachme chez

Digitized by Google

ceux qui sont plus âgés. La dose de 18 grains aurait été, d'après M. Dubousquet, parfaitement supportée par de très jeunes enfants.

M. le professeur PANAS ayant expérimenté l'antipyrine dans le traitement du diabète lié à la cataracte et en ayant obtenu de bons résultats, les a consignés dans les conclusions suivantes (*Académie de médecine*) :

1o L'antipyrine jouit d'une action antiglycogénique efficace et et prompte ;

2o Elle réussit là où ni le régime ni les autres médicaments préconisés jusqu'à ce jour n'ont pu abaisser le taux de glycose au-dessous d'une quantité donnée ;

3o Pour être utile au début, la dose journalière de 54 grains paraît nécessaire ;

4o Cette action se fait sentir alors même qu'on continue à accorder aux malades une proportion modérée de féculents.

MM. Germain SÉE, Dujardin BEAUMETZ et Albert ROBIN confirment, avec quelques variantes, les conclusions de M. Panas. Nous avons si peu de médicaments réellement efficaces à opposer au diabète qu'il serait à propos de ne pas négliger l'emploi de l'antipyrine dans une maladie aussi grave.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive.—Depuis notre dernière note à ce sujet (UNION MÉDICALE DU CANADA, 1888, p. 628), M. le docteur CHAUFFARD a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* de Paris une deuxième série d'observations d'où il résulte que si, d'un côté, le traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive est, à n'en pas douter, efficace contre les *coliques* hépatiques, d'un autre côté il est certain que la sortie ou expulsion des calculs n'en est pas favorisée, et que les nombreuses concrétions molles retrouvées dans les selles des malades soumis à ce traitement ne sont rien autre chose que des concrétions fécales particulières, résidus de la digestion ou plutôt de l'indigestion du médicament lui-même. " C'est là, conclut M. Chauffard, un des meilleurs exemples des résultats d'une observation incomplète et aussi sans doute un des chapitres les plus topiques de l'histoire des illusions de la thérapeutique."

Un nouvel analgésique : l'exalgine.—L'exalgine ou *orthométhylacétanilide*, dérivé de l'acétanilide, a fait le sujet de communications à l'*Académie des Sciences* et à la *Société de thérapeutique* par MM. Dujardin-BEAUMETZ et BARDET qui ont constaté que ce nouveau médicament, à dose de 8 à 15 grains en une fois, ou de 16 à 18 grains en deux fois, dans les 24 heures, est un puissant analgésique qui s'est montré dans toutes les névralgies, même celles d'origine viscérale, supérieur à l'antipyrine, puisque les mêmes effets sont obtenus à dose plus de moitié moindre. Jusqu'à présent on n'a pas noté dans son emploi les troubles circulatoires observés avec l'antipyrine et l'acétanilide.

Digitized by Google

L'exalgine est nettement indiquée dans les névralgies en général : sciatiques, intercostales, dentaires, faciales, etc. Elle a donné les meilleurs résultats dans les névralgies *a frigore*, à forme congestive, et les névralgies essentielles. Un malade atteint de troubles angineux a vu disparaître ses douleurs qui, jusque là, n'avaient cédé à aucun médicament. Voici une formule de potion conseillée par M. Bardet: Exalgine, 45 grains; Essence de menthe, ½ once. Dissoudre et ajouter : Sirop, 1 once ; Eau, 3½ onces. M. *Dose* : Une à trois cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Dosage de la noix vomique.—Donne-t-on généralement la noix vomique et son alcaloïde, la strychnine, à dose suffisamment élevée ? Non, répondent MM. Huchard, Luton, Stocquart, etc., qui tous apportent à l'appui nombre de faits où de fortes doses de ces deux médicaments ont dû être administrées, des doses moyennes ou fractionnées étant restées sans résultat. M. Luton, entre autres, a démontré que la noix vomique est le médicament de l'alcoolisme à la condition de la prescrire à haute dose, et donne lui-même la strychnine à dose de 1|10 gr. deux ou trois fois par jour. Dans les accès de delirium tremens, il prescrit des doses de 2|5 à 3|5 gr. de strychnine par jour.

Est-ce à dire que les alcooliques peuvent tous supporter impunément et avec avantage des doses élevées de strychnine et de noix vomique ? Nous ne le croyons pas, attendu qu'il nous a été donné d'observer plusieurs cas d'alcoolisme chez lesquels la strychnine produisait des effets tellement intenses, même donnée à doses physiologiques, qu'il devenait nécessaire de suspendre l'administration du médicament. Un cas entre autres nous a frappé par sa singularité. Il s'agissait d'un médecin, âgé de 40 ans, alcoolique confirmé, atteint de delirium tremens depuis deux ou trois jours. La strychnine fut administrée à dose de 1|64 gr. trois fois par jour. Dès la troisième dose, du trismus survint avec fourmillement des extrémités. On descendit à 1|128 gr. A cette dose, le trismus était beaucoup diminué, mais le fourmillement persistait, et tellement intense et incommode qu'il fallut réduire la dose à 1|250 gr. Nous estimons donc qu'avant de se décider à donner la strychnine à haute dose chez des alcooliques non habitués, il importe de tâter en quelque sorte la susceptibilité du malade afin de ne pas s'exposer à des accidents toujours désagréables.

Goudron et apomorphine.—Murrell recommande l'emploi du goudron asssocié à l'apomorphine dans le traitement de la toux d'hiver. Dans les cas ordinaires, il prescrit le goudron d'abord, sous forme de sirop (*syrup. picis liquidæ* Ph. E. U.) mêlé à la moitié de son volume de sirop de cerisier (*syrup. prun. virgin*). S'il faut agir plus énergiquement on ajoute à chaque dose environ $\frac{1}{10}$ gr. d'apomorphine laquelle agit comme expectorant à la façon de

Digitized by Google

tous les émétiques. Les cas à l'appui cités par Murrell sont on ne peut plus concluants. Nous nous demandons quel peut bien être le mode d'action de l'apomorphine dans ces cas, attendu que si ce dérivé de la morphine est un de nos meilleurs vomitifs, il est aussi très peu nauséeux. Faut-il invoquer ici encore une action spécifique ?

Traitement des oxyures par l'huile de foie de morue.— Toute la presse médicale a reproduit, dernièrement, une note de M. le docteur CHÉRON recommandant des lavements à l'huile de foie de morue dans les cas d'oxyures vermiculaires. Ce mode de traitement n'est pas nouveau. Notre maître regretté, feu le professeur LARUE, nous le vantait hautement dès 1874, et l'employait couramment dans son service à l'Hôtel-Dieu (Québec), et encore ne prétendait il pas en faire une nouveauté.

La morphine dans le mal de Bright.—M. le docteur Stephen MACKENZIE a fait récemment, à la *Société de médecine* de Londres, une communication relative à l'emploi de la morphine dans le mal de Bright. Il aurait obtenu une amélioration notable de la dyspnée et des palpitations chez une femme albuminurique, par l'injection sous-cutanée de $\frac{1}{5}$ gr. de morphine. Dans un second cas où la néphrite datait de quatre ans, le même traitement amena un soulagement marqué de l'insomnie, des nausées et des palpitations.

Nous n'ignorons pas qu'il faut être très prudent et très réservé dans l'emploi des médicaments actifs et en particulier de la morphine chez les brightiques, étant donné les lésions et les désordres du rein dans ces cas. D'une manière générale il y a plutôt contrindication à l'emploi des opiacés dans tous les cas d'albuminurie. Mais ici encore, comme cela arrive assez souvent, la pratique n'est pas en accord parfait avec la théorie, et il arrive que les opiacés peuvent être parfois donnés aux albuminuriques, non seulement sans accidents, mais encore avec un très réel avantage. Aux deux faits rapportés par le docteur Mackenzie, nous pouvons en ajouter un troisième, observé dans notre clientèle personnelle, et dont nous avons signalé quelques particularités dans une communication à l'*Association des internes de l'hôpital Notre-Dame* (voir plus loin, page 292). Il s'agit d'un malade, âgé de 40 ans, albuminurique confirmé, porteur d'une néphrite chronique mixte, chez lequel la dyspnée était des plus intenses et prenait de temps à autre un caractère paroxysmal périodique qui la rendait très difficile à contrôler. Les antidyspnéiques ordinaires restèrent tous inefficaces. Seule la morphine réussit à soulager l'oppression et à la soulager si absolûment que nous dûmes abandonner toute tentative d'essayer d'autres médicaments. Dans le cours des neuf mois durant lesquels nous avons observé ce malade, nous avons nous-même pratiqué chez lui deux-cent-neuf injections hypodermiques de morphine, la dose variant de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ gr. Jamais nous n'avons eu d'accident à signaler : le malade n'eut ni constipation, ni nausée, ni

Digitized by Google

céphalalgie, ni même de contraction pupillaire. Des coliques néphrétiques rendirent de temps à autre l'emploi de la morphine plus impérieux encore, et toujours le soulagement, tant de la douleur que de la dyspnée, fut des plus satisfaisants.

Les incompatibilités de la pepsine.—Trop souvent il arrive que la pepsine est prescrite inconsidérément, et plus inconsidérément associée à des substances qui en neutralisent chimiquement les effets. Il résulte des recherches du Dr R. J. WINSLOW que les médicaments dont suit l'énumération sont incompatibles à la pepsine : les carbonates alcalins, la teinture de fer muriatée, le sublimé, même à 1/5000, l'alcool (les vins de pepsine sont tout à fait inertes et inutiles, en autant du moins que la pepsine y est concernée), les solutions alcalines de sels de bismuth, le tannin, la saccharine.

Le calomel comme diurétique.—M. le professeur Germain SÉE corrobore les faits publiés par Jendrassik, allant à prouver l'action diurétique du calomel dans les hydropisies cardiaques, à dose de 8 à 12 grains par jour, en deux doses. M. Sée fait continuer le médicament pendant trois jours. Les accidents possibles de cette médication sont la salivation, les coliques et la diarrhée. La première se prévient par l'examen quotidien de la bouche du malade et par l'antisepsie buccale. Les dernières ne se montrent pas si l'on a soin d'associer l'opium au calomel.

L'anémone pulsatille (*pulsatilla* des auteurs américains et des homéopathes) est recommandée comme analgésique, dans la dysménorrhée, l'aménorrhée douloureuse, l'ovaralgie, l'orchite, etc. Ce médicament exercerait une action sédative toute spéciale sur les filets nerveux de l'appareil utérin. On prescrit la teinture ou l'extrait. Pour notre part nous avons déjà employé l'extrait fluide à dose de 2 à 5 minimes, sans grand succès. L'anémonine, glucoside de l'anémone pulsatille, se prescrit à dose de 1 à 2 grains par jour.

***

—L'écorce fraîche de *sureau* (*sambucus nigra*) employée en décoction, jouirait de propriétés vomitives qui en feraient un succédané de l'ipécacuanha. Il fera bon, dans les cas d'urgence, surtout à la campagne, de se souvenir de ce fait là.

—L'*éther sulfurique*, en pulvérisation, constituerait un excellent moyen de détruire les poux. Avis aux médecins attachés au service de nos dispensaires.

—La *picrotoxine* est recommandée comme antidote dynamique de la morphine et du chloroforme, surtout à cause de son action stimulante sur le centre respiratoire.

Digitized by Google

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il importe de se ppeler que la métrite fongueuse est souvent de nature syphilitique. (Prof. BRENNAN).

Les écoulements de l'oreille se rencontrent fréquemment chez les phthisiques et les descendants de phthisiques. (Prof. FOUCHER).

Les lavements à la glycérine sont peut-être ce que nous possédons de plus efficace en fait de lavements purgatifs. (Prof. DESROSIERS).

M. le professeur BRENNAN recommande une extrême prudence dans l'application des caustiques à l'intérieur du canal cervical et de la cavité utérine.

La taille prérectale de Nélaton est moins utile que les autres procédés de lithotomie, et, plus qu'eux, favorise la formation de fistules. (Prof. BROSSEAU).

Les affections pustuleuses de la conjonctive et de la cornée, ains que l'orgeolet, sont fréquentes chez les sujets qui ont eu la variole (Prof. FOUCHER).

Ne soyez pas étonnés de rencontrer une déchirure du col utérin chez une *fille*, et n'exigez pas alors qu'elle vous dise *non*. (Prof. BRENNAN).

Pour obtenir du camphre quelqu'offet antiaphrodisiaque, il est nécessaire de l'administrer à dose maximum. A petites doses, il est stimulant plutôt que sédatif. (Prof. DESROSIERS).

La moindre opération pratiquée sur les organes génitaux de la femme doit être entourée, avant, pendant et après, de la plus rigoureuse antisepsie. (Prof. BRENNAN).

Digitized by Google

Dans un cas d'hygroma du genou, M. le professeur BROSSEAU institue, avec succès, le traitement suivant: Ponction suivie d'injection à la teinture d'iode iodurée, et compression avec bandage élastique.

Dans un cas d'asystolie, M. le professeur LARAMÉE prescrit:

Caféine..... 48 grains
Elixir simple..... 2 onces

Dose: Une drachme 3 fois par jour, entre les repas.

M. le professeur BROSSEAU fait observer que l'exostose sous-unguéale survient dans l'adolescence, et de préférence chez les jeunes filles. Il pratique l'anesthésie locale au moyen de l'éther et enlève l'excroissance avec des cisailles.

Dans un cas de rhumatisme mono-articulaire, M. le professeur LARAMÉE institue le traitement suivant: Cataplasme de Trousseau sur l'articulation malade; à l'intérieur, iodure de potassium et anodins (surtout l'opium et la morphine sous forme de suppositoires).

Il semble exister un rapport intime entre les affections granuleuses de la conjonctive et celles de la muqueuse pharyngienne. D'un autre côté, les sujets atteints de punaisie présentent souvent des traces d'anciennes granulations, de sclérose, de trichiasis et d'entropion. (Prof. FOUCHER).

A propos d'un cas de rhumatisme articulaire aigu survenu chez une jeune fille, la maladie affectant les articulations coxo-fémorales, M. le professeur LARAMÉE attire l'attention des élèves sur la rareté relative des cas de ce genre. Le rhumatisme articulaire n'affecte l'articulation coxo-fémorale qu'exceptionnellement chez les jeunes sujets; c'est chez les vieillards que se rencontre le plus souvent cette localisation.

Administré avec prudence, et par quelqu'un qui en fait son affaire exclusive sans s'occuper des détails de l'opération en voie de se faire, le chloroforme est aussi sûr que n'importe quel anesthésique. Un accident imprévu peut toujours survenir, il est vrai, mais on peut en dire autant de l'éther, du bromure d'éthyle, etc. Il est absolument nécessaire que le chloroforme soit pur. (Prof. DESROSIERS).

Digitized by Google

M. le professeur LARAMÉE signale l'importance de bien établir le diagnostic entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme blennorrhagique, quand il s'agit d'examens pour assurances sur la vie. Le pronostic est loin d'être le même dans les deux cas. La durée moyenne du rhumatisme blennorrhagique est de trois mois, quel que soit le traitement employé. Il ne faut pas oublier non plus que l'arthrite blennorrhagique peut quelquefois réveiller une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

De toutes les préparations d'opium, la teinture de camphre composée ou élixir parégorique est peut-être celle qui convient le mieux aux enfants, si tant est que l'opium puisse convenir aux très jeunes sujets. En même temps que le principe narcotique, elle renferme une assez forte proportion de stimulants (alcool, camphre, acide benzoïque, huile essentielle d'anis) pour exposer moins que les autres à l'action délétère de l'opium sur les centres nerveux. Avec cela qu'elle se prête à un dosage exact. (Prof. DESROSIERS).

La douleur est généralement marquée dans les affections du gros intestin, tandis qu'elle est absente ou fort atténuée dans les maladies de l'intestin grêle, ce qui est dû à l'absence de nerfs sensitif dans le gros intestin et à leur présence dans le petit. Les douleurs éprouvées si souvent dans la région précordiale se rattachent la plupart du temps au rhumatisme musculaire ou à une névralgie intercostale et non à une lésion cardiaque. (Prof. LARAMÉE).

Dans un cas de bronchite chronique avec expectoration difficile, M. le professeur DESROSIERS s'est bien trouvé de la potion suivante, modification de la formule de Thomson :

Huile de lin	8 onces
Huile essentielle de gaulthérie	1 drachme
Huile essentielle de cannelle	1 drachme
Acide hydrocyanique dilué	100 minimes
Teinture de belladone	2 drachmes
Glycérine	2½ onces
Sirop simple	5 "
Eau	12 "

M.—*Dose :* Deux cuillerées à soupe, 3 fois par jour.

Coqueluche.—*Simon.*

P.—Teinture de belladone } ââ
Teinture d'aconit } p. aeq.

Dose : De 10 à 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION
DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 2 mai 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

M. le docteur CORMIER présente une observation en rapport avec un cas où le diagnostic entre la lithiase rénale et la lithiase biliaire présenta quelque difficulté, attendu que l'analyse de l'urine et l'examen des selles ne purent être faits. Le malade accusait une douleur vive au côté droit de l'abdomen avec rétraction du testicule droit, vomissements, ictère, anurie, tympanite considérable, absence de sensibilité abdominale, pouls : 80, température normale ; les vomissements furent, à un moment donné, fécaloïdes. Le docteur CORMIER prétend que la tympanite serait dûe, si toutefois on porte le diagnostic de calcul rénal, à une paralysie réflexe occasionnée par la forte douleur produite par le calcul émigrant du rein vers la vessie. Cela expliquerait, pour quelques cas du moins, l'obstruction intestinale que l'on observe parfois au cours des attaques de colique hépatique.

Le docteur BRENNAN et M. le PRÉSIDENT sont d'avis que, d'après les symptômes énoncés, un diagnostic de calcul biliaire serait probablement plus rationnel.

M. le PRÉSIDENT lit une note relative à un cas de congestion pulmonaire traité par la saignée. La malade faisant le sujet de cette observation est la même dont il a été question à la séance précédente et chez laquelle les émissions sanguines avaient déjà donné de bons résultats. Cette fois, le poumon gauche était seul atteint, et, la malade étant plus faible, douze onces de sang seulement furent tirées de la veine. Le résultat fut très satisfaisant. Deux heures après la saignée, la toux et la dyspnée avaient complètement cessé, la respiration était tombée à 25, de 38 qu'elle atteignait avant la saignée, le pouls était tombé de 120 à 90, l'expectoration rosée avait cessé et les râles sous crépitants ne s'entendaient plus au niveau du poumon atteint.

M. le docteur MOUNT relate deux cas de congestion pulmonaire admis dans le service dans le cours du mois dernier et dont l'un, traité par la saignée, se termina par la guérison, tandis que l'autre, non saigné, succomba.

MM. les docteurs BRENNAN et DELORME rapportent chacun deux cas de calculs biliaires traités avec succès par l'huile d'olive à haute dose. Le soulagement fut absolu et immédiat. Les nombreuses concrétions retrouvées dans les selles étaient plus ou moins molles et de couleur verdâtre ; elles n'ont pas été analysées.

M. le PRÉSIDENT relate un cas de maladie de Bright au cours

Digitized by Google

de laquelle se sont développés des symptômes de calculs rénaux avec coliques néphrétiques et passage de vingt-cinq à trente petits calculs du volume d'un grain de millet. L'urine, de réaction fortement acide, était abondamment albumineuse. Contre la dyspnée, intense toujours et souvent à forme paroxystique, le nitrite d'amyle, l'iodure de potassium, l'iodure d'éthyle, la nitroglycérine sont restés à peu près inefficaces ; seule, la morphine a produit un soulagement marqué, à dose de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ gr. en injection hypodermique. Les coliques néphrétiques ont également nécessité l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées, lesquelles ont comme toujours dans ces cas, amené un soulagement immédiat.

M. le docteur GIRARD présente l'observation d'un cas analogue à celui que vient de rapporter M. le président. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le passage d'un calcul du rein à la vessie s'accompagna, outre de douleurs violentes, d'anurie presque complète pendant deux jours. L'urine était, avant et après, franchement et abondamment albumineuse. Chose singulière, la fille de cette malade a aussi elle été atteinte de calculs rénaux et de coliques néphrétiques consécutives.

Séance du 23 mai 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

M. le docteur BRENNAN présente un *utérus double* qu'il fait accompagner de l'observation suivante :

Je suis appelé le 3 septembre dernier auprès de Dlle. M., âgée de 21 ans, servante, pour une métrorrhagie abondante survenue après une demi-journée de lavage pendant lequel la patiente aurait, à plusieurs reprises, soulevé et déplacé une lourde cuvette.

Je débarrasse le vagin des caillots qu'il contient et je trouve le col ouvert, permettant l'introduction de l'index et du médius. La malade dit avoir eu des règles abondantes, il y a huit jours environ ; elle a été réglée à 14 ans, mais sa menstruation a toujours été irrégulière : toutes les deux ou trois semaines ; une couple de fois elle aurait retardé de sept semaines et alors serait survenue une abondante perte ; le dernier retard aurait eu lieu il y a sept mois et elle attribuait la perte à cette époque à des excès de coït. Elle ne souffre pas de dysménorrhée et a été réglée assez bien depuis son dernier retard.

Elle a eu un enfant à terme il y a deux ans, délivrance sans complications et relevailles de même ; elle n'est pas enceinte à l'heure qu'il est et pour cause, n'ayant pas eu de rapports sexuels depuis plus de quatre mois. Pendant sa grossesse elle aurait eu quelques légères pertes de temps à autres.

Le cas étant pressant, je tamponne le col utérin et le vagin à la gaze iodoformée et à l'acide tannique en poudre et je fais prendre un peu d'ergot—l'idée d'avortement étant éliminée.

Je quitte ma patiente, mais au bout de deux heures l'hémorrhagie s'étant de nouveau produite et la malade étant très faible, je

Digitized by Google

la fais transporter à l'hôpital dans l'ambulance. Là nous refaisons méthodiquement le tamponnement et cette fois l'hémorrhagie est contrôlée. Au moyen d'injections hypodermiques d'éther et l'administration persistante de stimulants, la malade, presque exsangue, se ranime un peu. Le lendemain, le mieux se maintient.

Je ne revois Mlle M... que quatre semaines plus tard : elle se mourait d'une péritonite.

Huit jours après son arrivée à l'hôpital, à sa demande et malgré les remontrances des médecins, elle retourne chez elle. Au bout de cinq jours, elle redemande son admission, offrant des symptômes de péritonite : l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite. Elle succomba à sa péritonite le 29 septembre, c'est-à-dire 26 jours après l'apparition de son hémorrhagie, péritonite qui aurait débuté d'une façon insidieuse sept ou huit jours après sa perte.

A l'autopsie, nous trouvons une péritonite avec épanchement séro-fibrineux, non purulent, abondant et sans beaucoup d'injection capillaire. Pas de tubercules. En enlevant les organes génitaux internes nous trouvons la pièce anatomique intéressante que je vous présente :

Elle est formée de deux utérus distincts parfaitement conformés ; le gauche, siège de la gestation signalée plus haut, est plus développé, sa cavité mesure 7 centimètres ; la cavité de l'utérus droit mesure 5 centimètres.

Ces deux utérus distincts comme corps et ayant chacun leur col interne, n'ont qu'un col externe en commun, et leurs corps ne se fusionnent que pour former ce col externe. Chaque utérus possède un ovaire, un corps de Rosenmüller, un ligament rond et une trompe. Sur leurs bords internes il n'y a aucune trace de trompe ni de ligaments suspenseurs ; les deux utérus paraissaient libres de ce côté. Chacun est muni de ligaments larges et utéro-sacrés. A l'intérieur on ne trouve aucune trace d'insertion placentaire, ni de métrite fongueuse ou autre. Pas de fibrome. Les annexes paraissent normales.

Pour compléter l'observation, la sœur de la défunte m'apprend qu'à sa connaissance aucun membre de la famille ne serait atteint de tuberculose, ni d'hémophilie, ni de leucocythémie ; la défunte avait une bonne santé et ne souffrait en apparence d'aucune lésion organique. Pas d'histoire de syphilis ni de blennorrhagie.

Réflexions.—Le cas paraît intéressant à plusieurs points de vue : 1o. La soudaineté et l'intensité de l'hémorrhagie, l'obscurité qui entoure son étiologie. Une autopsie plus voisine de son apparition—eût-elle pu se faire—aurait probablement comblé cette lacune.

2o. La péritonite insidieusement développée ne pourrait-elle pas—avec un semblant de raison—être rattachée à l'hémorrhagie abondante dont fut atteinte la malade et qui l'a presque emportée ?

3o. Les utérus sont intéressants par le fait de leurs corps et cols internes distincts, leur col externe et vagin uniques. Organes génitaux externes bien conformés.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

De l'endocardite rhumatismale et de ses symptômes.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Messieurs, j'ai appelé, il y a un instant, votre attention sur une femme de 35 ans, blanchisseuse, atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme a évolué de la façon la plus simple, et ne semble pas devoir présenter de récidive. Mais ce qu'il était important d'étudier de près en pareil cas, c'étaient les complications possibles, et principalement celles que l'on rencontre le plus souvent, les complications du côté de l'endocarde. Ce problème se compliquait de ce fait que la malade a été déjà deux fois atteinte par le rhumatisme. Par conséquent, deux questions se présentaient à notre examen : N'était-il pas resté, du fait des attaques précédentes, une altération cardiaque ? L'attaque actuelle avait-elle touché le cœur ?

A l'examen, nous trouvions un cœur normal comme matité. Les bruits étaient réguliers, l'impulsion normale. Mais il y avait *un léger souffle à la pointe.*

Quelle était la signification de ce souffle ? Etait-il en rapport avec une lésion ancienne ou avec une lésion récente ?

Pour résoudre cette question, il était nécessaire d'étudier de très près les caractères de ce souffle. Or c'était un souffle que je qualifierai de *périsystolique*, c'est-à-dire qu'il commençait un peu avant le premier bruit, et se terminait un peu après lui. D'ailleurs son timbre ne variait pas. Eh bien, messieurs, si ce souffle se rattachait à une lésion ancienne, il caractériserait une lésion mitrale, et alors, du fait de sa prolongation avant et après le premier bruit il devrait représenter l'association du rétrécissement et de l'insuffisance. Mais alors son timbre ne resterait pas identique pendant toute sa durée. Le fait est impossible, par suite même des conditions qui donnent naissance au souffle en pareil cas.

Nous sommes donc amenés par cette simple considération à repousser l'existence d'une lésion d'orifice, et alors le souffle que nous entendons devrait être rapporté à *l'endocardite aiguë.*

Messieurs, tous les auteurs classiques nous enseignent que l'en-

Digitized by Google

docardite aiguë n'a d'autre symptôme certain que le souffle. Eh bien, ce souffle peut manquer, et, d'autre part, il peut exister sans qu'il y ait endocardite. Barié a cité l'exemple d'un malade porteur d'un souffle qui s'entendait jusqu'au pied du lit : à l'autopsie on ne trouva pas de lésion organique. Dernièrement, j'ai eu dans mon service une malade qui, à la suite d'un accouchement, présentait une fièvre intense, des frissons, et tous les signes d'une endocardite aiguë ulcéreuse ; mais à l'auscultation, on n'entendait pas de souffle. A l'autopsie, on trouva une endocardite ulcéreuse ayant donné lieu à un caillot volumineux qui remplissait l'oreillette gauche et se propageait dans l'orifice mitral.

Peut-être ce dernier ordre de faits pourrait-il s'expliquer par une expérience que j'ai faite. Si, en se plaçant dans certaines conditions, on bouche un tube par un écheveau de fil de façon à produire un rétrécissement, on peut obtenir un bruit très intense, mais il n'y a pas de souffle, parce qu'il se produit une foule de petits courants qui ne sont pas assez forts pour produire le bruit d'une veine fluide. Un caillot doit, il me semble, produire le même effet.

D'ailleurs, remarquez que dans l'endocardite le souffle est un signe tardif qui indique une lésion déjà avancée.

Mais nous avons à notre disposition des signes bien plus précoces et bien plus constants, et c'est à cette étude que nous allons nous livrer maintenant.

Pour cela, il nous faut jeter un regard sur la manière dont se produisent normalement les bruits du cœur. C'est *la tension des valvules* qui donne lieu à ces bruits. Et, de fait, tout corps mince, s'il est en même temps peu extensible et légèrement élastique, donne lieu, s'il vient à être tendu subitement, à des vibrations. La tension est soudaine pour les valvules aortiques et pulmonaires, d'où le timbre net du bruit qui se produit. Les valvules auriculo-ventriculaires sont plus épaisses et de plus elles sont maintenues par des cordons tendineux doués d'une certaine élasticité. Aussi se tendent-elles un peu moins brusquement, et le bruit produit par cette tension diffère-t-il complètement comme timbre et comme intensité de celui que produit la tension des valvules sigmoïdes.

Eh bien, que se produit-il dans l'endocardite ?

La constitution des valvules se modifie. Le tissu de ces organes rougit, s'imbibe, se vascularise. L'imbibition du tissu amène son gonflement. Il se dépose entre les mailles du tissu conjonctif une sorte de substance gélatiniforme. Bientôt il y a prolifération de ce tissu conjonctif et disparition des fibres élastiques. La valvule devient plus friable et en même temps moins flexible. Plus tard, ce tissu conjonctif de nouvelle formation devient fibreux. La valvule s'indure, devient plus élastique, difficile à tendre. Ces altérations sont ordinairement prédominantes au voisinage du

Digitized by Google

bord libre. Il y a là une sorte de bourrelet rougeâtre, et plus tard un tissu granuleux, de véritables végétations qui épaississent considérablement la valvule. Il en résulte qu'au moment de la tension, le contact des bords libres se fait avec beaucoup moins de netteté, puisqu'il y a pour ainsi dire un bourrelet interposé, bourrelet qui étouffe le bruit. D'ailleurs par suite des modifications qui se sont produites dans la valvule, la tension est moins soudaine.

Il en résulte les conséquences suivantes :

Si on ausculte chaque jour le cœur, on trouve tout d'abord les bruits normaux. Au bout de quelques jours, le bruit est un peu plus sourd. Puis il devient plus sourd encore. On l'a comparé au bruit d'un tambour recouvert d'un crêpe. La tonalité devient plus basse, et l'intensité diminue.

Mais souvent on n'est pas appelé dès le début, et, lorsqu'on examine le malade, la lésion est déjà produite. La situation est alors un peu plus difficile. Toutefois si l'on ausculte chaque jour son malade, il arrivera un jour où le bruit sera moins éteint, et peu à peu il reprendra son caractère normal. Parfois, à la place de ce bruit éteint, on observe un bruit *plus dur* qu'à l'état normal. Ce caractère *dur* s'associe quelquefois au caractère *éteint*, et donne lieu à ce qu'on a appelé *bruit parcheminé*. Quand la guérison se produit, le bruit dur s'assouplit et l'on revient à l'état normal.

Ces modifications sont assez faciles à percevoir à l'orifice aortique. A l'orifice mitral, la difficulté est un peu plus grande.

Si nous revenons à la malade qui fait le sujet de cette conférence, je vous rappellerai, pour ceux qui ont suivi le cours de l'affection, que dès le début nous avons, pendant trois jours, observé un bruit éteint. Le quatrième jour, il a repris un timbre plus dur ; le cinquième jour, il présentait un caractère clair. Aujourd'hui le timbre est presque normal. Il s'agit donc bien d'une *endocardite en voie de guérison.*

Messieurs, vous voyez que les caractères des bruits du cœur peuvent nous faire diagnostiquer l'endocardite et nous mettent en mesure de la combattre.—*France médicale.*

De la rétention d'urine dans la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives.—M. Fage fait remarquer, dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, que la rétention qui peut compliquer toutes les maladies infectieuses, peut se montrer non seulement dans les cas graves, mais aussi dans les cas les plus bénins en apparence. Il cite, à ce propos, l'observation d'une jeune fille qui, atteinte d'une rougeole de forme moyenne, fut prise, au deuxième jour de l'éruption, d'une rétention d'urine complète pendant trois jours. Il en fut de même chez une autre malade, qui, atteinte d'une fièvre typhoïde bénigne, présenta, au huitième jour, une rétention d'urine qui dura 48 heures.

Digitized by Google

Même dans la fièvre typhoïde, la rétention d'urine a rarement fait l'objet de remarques particulières, et les auteurs varient beaucoup sur sa fréquence. Louis a dans un cinquième des cas, trouvé la vessie distendue chez les typhiques. Murchison dit n'avoir observé que deux fois la rétention d'urine sur cent cas de fièvre typhoïde, et rapporte que Jenner ne l'a rencontrée qu'une fois sur 23 cas mortels. Guéneau de Mussy n'en a observé que deux cas sur cent.

Dans la fièvre éruptive, la rétention d'urine paraît être moins fréquente. Jaccoud l'a vue dans la rougeole en même temps qu'une paraplégie. Trousseau dit aussi que la paralysie frappe la vessie quelquefois, comme le prouve la rétention d'urine ou du moins la dysurie très notable qui survient alors. Gubler a rapporté aussi un cas de variole compliquée de rétention. Mais, jusqu'ici, elle n'a pas été signalée dans la scarlatine.

Importance de la recherche des réflexes tendineux.—Formes de tabes à début insolite, par le Dr. Le Gendre.—Il y a quelque temps je soignais avec un de mes maîtres une dame d'une soixantaine d'années pour un état gastro-intestinal qui affectait une allure assez singulière. Le début avait été une diarrhée profuse avec douleurs abdominales très vives ; la diarrhée s'arrêta, pour faire place à une constipation opiniâtre ; la langue était restée sale, l'appétit nul et il y avait quelques vomissements bilieux ; les douleurs continuaient, localisées tantôt au niveau du gros intestin, tantôt au niveau de l'estomac, apparaissant et disparaissant sans cause apparente. Une reprise de diarrhée subite, suivie d'expulsion de débris pseudo-membraneux, fut de courte durée. Mais, malgré un régime alimentaire sévère, l'antisepsie des voies digestives, les grandes irrigations intestinales détersives et modificatrices, l'état saburral de la langue persistait et les douleurs ne se modifiaient qu'au point de vue du siège sans diminuer d'intensité Tous les jours ou tous les deux jours une crise douloureuse subite survenait tantôt au niveau de l'hypochondre droit, et tantôt dans la région interscapulaire, tantôt occupant les deux flancs, tantôt l'épigastre et la région lombo-dorsale simultanément. Il y avait plus d'un mois que durait cet état singulier ; au diagnostic primitif de colite avaient succédé les hypothèses peu satisfaisantes de coliques hépatiques frustes, de rhumatisme abarticulaire viscéral ou musculaire, quand un beau jour mon maître, frappant sur les tendons rotuliens, constata une perte absolue du reflexe patellaire. Nous recherchons les reflexes pupillaires : l'iris est en état habituel de contraction, non pas punctiforme, mais très marqué; il s'accommode bien aux distances, mais il réagit très paresseusement aux impressions lumineuses. Bref, nous sommes très vraisemblablement en présence d'un cas de tabes dont le premier signe apparent a été une crise gastro intestinale.—Ce n'est pas une marche vulgaire. Les crises gastri-

Digitized by Google

ques au cours du tabes sont bien connues, mais on ne pense pas toujours à rechercher les reflexes patellaires (signe de Westphal) et lumineux (signe d'Argyll-Robertson) à propos d'une entérite pseudo-membraneuse d'apparence banale.

De ce fait il faut conclure à la nécessité de toujours examiner l'état des reflexes tendineux, non seulement quand on soupçonne une affection cérébro-spinale, mais toujours et systématiquement; car les recherches de ces dernières années nous ont appris que la disparition du reflexe patellaire est fréquente dans bon nombre d'états morbides où le système nerveux n'est intéressé que secondairement et quelquefois sans lésions, seulement au point de vue fonctionnel. Ici je laisse de côté le tabes et j'ouvre une parenthèse relativement à la recherche des réflexes tendineux.

M. Bouchard a montré que dans beaucoup de cas de diabète le réflexe patellaire a disparu; ce sont toujours des diabètes graves, le signe de Westphal indique alors une atteinte profonde portée à l'énergie fonctionnelle de la moelle. M. Bouchard ne manque pas non plus de le rechercher dans les gastropathies, notamment dans la dilatation de l'estomac, car l'existence d'une gastro-ectasie ancienne abaisse quelquefois tellement la force nerveuse que les réflexes patellaires s'affaiblissent beaucoup ou disparaissent tout à fait.

Il y a deux étapes dans la disparition du réflexe patellaire. A un premier degré, il n'est qu'affaibli et on peut encore le ramener à l'état normal temporairement en faisant exécuter par l'individu un mouvement volontaire. En effet, Jendrassik, W. Mitchell et J. Lewis ont montré que le réflexe patellaire pouvait être augmenté par des actes volontaires exécutés dans une autre région du corps et que cet accroissement survivait quelque temps à l'influence volontaire.—Voici comment on procède ordinairement pour exercer ce contrôle. On fait asseoir le malade, les jambes ballantes, sur le bord de son lit ou sur une table dans la position la plus favorable à la recherche du signe de Westphal; on frappe avec le bord cubital de la main ou le marteau de Skoda sur le tendon rotulien au lieu d'élection et on constate, je suppose, que le réflexe tendineux est nul ou très faible.

On commande alors au malade de saisir les doigts de sa main gauche recourbés en crochet avec ceux de sa main droite fléchis dans la même attitude et d'exercer en sens contraire une traction *énergique* avec chacun de ses bras. A peine le malade a-t-il exécuté cet effort, on frappe de nouveau sur le tendon rotulien et on constate souvent que le réflexe est devenu plus fort, presque normal ou normal. C'est un indice relativement favorable; il prouve que l'axe nerveux est encore capable de reprendre son énergie fonctionnelle sous l'influence d'une excitation; si, au contraire, malgré l'effort du malade, le réflexe patellaire ne paraît pas ou ne s'exalte pas, il faut établir un pronostic défavorable.

Digitized by Google

Le renforcement possible des réflexes tendineux sous l'influence d'efforts physiques ou intellectuels est en accord avec les recherches de Sternberg qui a trouvé les réflexes tendineux particulièrement intenses chez les personnes fatiguées. Mais ce renforcement du réflexe à la suite des efforts est passager ; si l'effort se répète plusieurs fois ou est trop intense, la dépression succède à l'exagération fonctionnelle.

La recherche des réflexes tendineux chez les diabétiques et chez les dyspeptiques est importante au point de vue thérapeutique car sa constatation conduit à prescrire des médicaments qui augmentent la réflectivité médullaire et l'énergie nerveuse (la strychnine en première ligne, l'arsenic et autre nervins, les stimulations cutanées par les frictions sèches, aromatiques ou alcooliques, l'hydrothérapie et l'électricité statique.)

Au point de vue du diagnostic entre le diabète confirmé et certaines glycosuries transitoires, la recherche des réflexes peut avoir aussi de l'importance ; car Dreyfous, ayant constaté l'exagération des réflexes rotuliens chez certains glycosuriques, a vu que chez eux il s'agissait d'une glycosurie attribuable à l'excitation du système nerveux par des causes diverses dont la suppression peut amener la suppression de la glycosurie, tandis que chez les diabétiques vrais la disparition des réflexes atteste une insuffisance d'innervation, un épuisement nerveux de fâcheux augure.-

Au point de vue chirurgical, M. Reynier a montré par la statistique que les diabétiques dont les réflexes sont abolis succombent presque tous à la suite des interventions chirurgicales. L'absence du réflexe patellaire doit donc être une contre-indication à toute opération chez un diabétique à moins d'absolue nécessité ; en cas de simple diminution du réflexe, il faut attendre, soumettre le malade au régime, qui quelquefois est suivi du retour de l'énergie du réflexe. La nutrition se fait mal chez les diabétiques qui ont perdu leurs réflexes et ils ont de la tendance au spacèle. Les idées de Reynier, application de la découverte de M. Bouchard, ont été confirmées par Berger ; il paraît que l'abolition du réflexe existe aussi chez certains albuminuriques et entraîne pour eux des conséquences analogues.

Puisque j'avais commencé à parler du tabes, ce protée de la neuro-pathologie, dans lequel on peut observer toutes les combinaisons possibles de symptômes, je signalerai certains travaux auxquels il a donné lieu récemment.

J'ai cité tout à l'heure un début insolite par une crise d'*entérite*. Voici un cas de Sandoz dans lequel un homme de 55 ans est pris en pleine santé de douleurs abdominales violentes et de signes d'*occlusion intestinale* (vomissements fécaloïdes). Ces accidents cessent au bout de 10 jours. Mais on constate chez cet homme des douleurs fulgurantes, des fourmillements à la plante des pieds, des pupilles contractées, immobiles, l'absence des réflexes rotu-

Digitized by Google

liens, la marche vacillante, les yeux fermées. Au lieu d'admettre comme l'auteur que la crise gastro-intestinale est devenue le point de départ du tabes, nous dirons qu'elle en a été le premier acte.

On connaît les crises gastriques, rectales, vésicales, laryngées. Oppenheim signale des *crises pharyngées*. Une femme âgée de 33 ans ayant depuis plusieurs années de violents accès de vomissements et des crises rectales, des quintes de toux convulsives et une paralysie des cordes vocales, est prise de temps en temps de mouvements de déglutition convulsifs se répétant 24 fois par minute et s'accompagnant à la fois d'un bruit de glouglou et d'un sifflement. Ces crises durent en général 10 minutes ; quand elles se prolongent plus longtemps, elles diminuent d'intensité. Elles se produisent soit spontanément, soit dans la déglutition ; mais on les provoque sûrement par la pression sur les côtés du larynx où se trouve un point douloureux.

H. Mollière (*Lyon médical*, 1887) a rapporté un cas d'ataxie où des *troubles trophiques* ont été les premiers symptômes. Un homme de 45 ans, non syphilitique, a en 1881 un mal perforant plantaire à gauche ; en 1882, toutes ses dents supérieures tombent en 6 mois sans être altérées et sans que la gencive soit malade; puis survient un nouveau mal perforant plantaire à droite ; alors seulement commencent des troubles de l'accommodation suivis des autres signes classiques du tabes.

Miliotti a réuni (Morgani 1887), sous le nom de *masque tabétique* les troubles de la sensibilité de la face observés chez les ataxiques ; anesthésie tactile plus ou moins profonde avec hyperalgésie et sensations particulières quelquefois indescriptibles. Ces troubles sensitifs dus à une altération du noyau ou du trajet du trijumeau coexistent avec des troubles dans la sphère d'autres nerfs crâniens, chute des dents, altérations oculaires, altération du goût. Le masque tabétique peut exister aussi bien dans le tabes fruste et la période préataxique que dans le tabes confirmé.

Rappelons l'existence fréquente dans diverses intoxications d'un complexus symptômatique qui rappelle certains symptômes du tabes et qui est imputable vraisemblablement à des névrites multiples. Nous avons décrit jadis ici ces *pseudo-tabes*, d'après la thèse d'agrégation de Brissaud et la thèse de doctorat de Leval-Piquechef. J'ai vu récemment un cas typique de pseudo-tabes alcoolique chez un individu qui était devenu alcoolique inconsciemment, presque sans avoir bu d'alcool. Employé depuis plusieurs années dans une distillerie, il s'était toujours abstenu rigoureusement d'excès alcooliques par ingestion. Il ne buvait que de l'eau rougie à ses repas et ne goûtait qu'exceptionnellement aux produits de sa maison. Mais séjournant plusieurs heures par jour au voisinage immédiat des appareils à distillation et des cuves pleines d'alcool, il respirait une atmosphère saturée de vapeur

Digitized by Google

alcoolique et présentait au grand complet les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique, particulièrement ceux de la polynévrite à forme pseudo-tabétique.

Dana a cité récemment des observations d'empoisonnement lent par l'arsenic ayant donné lieu à l'ataxie, signe de Romberg, diminution de la sensibilité, du sens musculaire, suppression du réflexe patellaire, troubles de la vue, etc.

En terminant, je rapellerai que c'est le plus souvent contre le symptôme si pénible des douleurs fulgurantes et des crises viscérales que les tabétiques réclament nos soins. Les médicaments que nous avons trouvés le plus efficaces sont le salicylate de soude et l'antipyrine jusqu'à des doses de 3 à 5 gr. qu'on administre en utilisant tour à tour l'estomac, le rectum et la méthode hypodermique.

L'acétanilide nous inspire quelque appréhension à cause de son action fâcheuse sur l'hématose ; on sait que sous l'influence de doses très faibles de 0,25 à 0 gr. 50 centigr. on peut voir les malades présenter une cyanose générale des plus alarmantes. Voir le malade *passer au bleu*, comme disait M. G. Sée, dans une certaine discussion académique, n'est rassurant ni pour le médecin, ni pour l'entourage. Quant à la phénacétine, que préconise mon maître M. Dujardin-Beaumetz, elle ne m'a pas semblé agir bien efficacement dans un cas où je l'ai essayée (1 gr. 50 à 2 gr,) *Concours médical.*

Albuminurie due à l'empoisonnement par les eaux d'égout. —M. George Johnson, professeur de clinique à *King's College Hospital*, a déjà à plusieurs reprises éveillé l'attention sur l'albuminurie ayant pour cause les poisons des eaux d'égout. Il a rencontré dernièrement de nouveaux faits qui établissent clairement la vérité de ce qu'il a avancé.

Il s'agit d'un homme, jusque-là en bonne santé, qui fut pris d'albuminurie, alors qu'il venait d'habiter dans une maison nouvelle où le système d'égout était défectueux. Les premiers symptômes notés ont été des troubles du côté de l'estomac et des intestins, de la diarrhée principalement, et, ce qui est important à noter, cette diarrhée cessait quand le malade quittait sa maison pendant un certain temps (trois semaines), et recommençait quand il y retournait. A la longue de l'œdème apparut et les urines qui n'avaient point été examinées jusque-là, contenaient des flots d'albumine et des cylindres en abondance.

M. Johnson attribua cette albuminurie aux poisons des eaux d'égout, et conseilla au malade de s'éloigner de sa maison pendant qu'on réparait le système d'égout. La diarrhée cessa rapidement ; l'albumine devint de moins en moins abondante dans l'urine, l'œdème disparut. La guérison a fini par être complète et s'est maintenue.

Digitized by Google

M. Johnson cite encore le cas d'un homme de 47 ans qui jouissait d'une santé excellente et qui s'occupait des travaux d'une ville. Il avait dû surveiller les réparations qu'on faisait à des égouts défectueux. Depuis ce jour, il était tombé malade ; il avait été intoxiqué. Il avait présenté à la suite une néphrite caractéristique qui se termina par la mort.—*Année médicale de Caen.*

CHIRURGIE

Calcul vésical.—Clinique de M. TILLAUX, à l'Hotel-Dieu.—Le malade atteint de ce calcul vésical est âgé de cinquante-deux ans ; son père et sa mère sont morts tuberculeux ; personnellement il ne présente aucun antécédent du côté des poumons.

Les premiers accidents de l'affection qui nous occupe remontent à 1869. Il commença à cette époque à rendre de petits graviers ; son vase était teinté de rouge. Les accidents les plus sérieux datent de sept ou huit années. Il ressentit alors des troubles du côté de la miction ; il y a deux ans enfin, il éprouva une rétention d'urine momentanée.

Bref, ce malade est atteint de *calcul vésical.* Les signes rationnels qui permettent de poser ce diagnostic sont : d'abord les douleurs siégeant dans l'hypogastre, dans la verge, dans l'anus, etc. Le malade souffre quand le calcul vient se mettre en contact avec le col ou avec le trigone de la vessie, ce qui explique qu'on trouve tout à coup des pierres volumineuses. Au repos, la nuit surtout, il n'y a presque pas de douleur. Quand le malade marche ou quand il se trouve dans une voiture mal suspendue, les douleurs sont très vives. La douleur siège dans le pourtour du col de la vessie et se propage jusqu'au gland ; souvent elle atteint l'anus et le périnée.

On peut, en second lieu, observer des troubles dans la miction. Ce malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, et cela dans la station droite, contrairement à ceux atteints de *cystite*, qui eux, ont ces envies la nuit. Le malade veut uriner, le jet part franchement, puis s'arrête brusquement, et enfin, par quelques mouvements du bassin, continue avec la violence du début. Evidemment, on pourrait croire à des spasmes, mais nous constatons intermittence, instantanéité et indolence.

Dans bien des circonstances, l'urine est mélangée de sang, et c'est le cas chez ce malade. Dans les cystites, le sang ne vient qu'avec les dernières gouttes d'urine ; le calculeux, lui, qui pisse du sang voit disparaître son hématurie par le repos ; elle est due au choc de la pierre sur les parois de la vessie.

Au sondage de la vessie, on a la sensation d'un corps dur ; le

Digitized by Google

frottement rugueux ne suffit pas, il faut avoir la notion du choc, du bruit, il faut qu'on perçoive nettement le contract de la sonde avec un corps étranger dur. La sensation de frottement rugueux s'éprouve dans le cas de concrétion adhérente à la vessie. Dans le cas qui nous occupe, on sent que le corps qui est touché par la sonde est mobile ; avec un brise-pierre, on peut prendre le calcul entre les deux branches, et lui assigner des dimensions qui sont de 4 centimètres dans un sens et de 2 ou 3 centimètres dans l'autre. C'est une pierre non sphérique, aplatie en forme de galet. En la touchant avec l'instrument, on entend un choc très sensible.

On peut diviser les pierres en *uratiques*, *oxalatiques*, *phosphatiques*.

La pierre qui nous occupe est une *pierre uratique*, car la pierre phosphatique, sorte de pain de craie, ne donne pas la sensation de choc, et la pierre oxalatique date du jeune âge et ne présente presque comme seul symptôme que des troubles dans la miction remontant à l'enfance, ce qui n'existe pas chez le malade dont il s'agit.

Deux procédés opératoires se présentent : la *lithotritie* et la *taille*.

Les premiers chirurgiens qui se sont servis du premier procédé n'avaient pas le chloroforme, aussi avait-on des séances courtes, répétées. Depuis une quinzaine d'années, on brise la pierre complètement et on l'extrait au moyen d'une sorte de pompe.

Mais il existe des pierres qui briseraient l'instrument : ici, ce n'est peut-être pas le cas, mais les dimensions de la pierre ne permettent pas de procéder autrement que par la taille. Dans la lithotritie d'ailleurs, on s'expose à laisser un noyau pouvant donner dans la suite naissance à une autre pierre.

La *taille hypogastrique* est plus simple et moins dangereuse que la *taille périnéale*.

Il faut d'abord entrer dans la vessie avec une sonde molle, vider la vessie, et remplacer l'urine par de l'eau boriquée à 40 p. 1000. On introduit ensuite dans le rectum le ballon de Petersen, on y injecte de l'eau pour le distendre, et pour reporter la vessie en avant.

Puis on fait, au niveau du pubis, une incision couche par couche, de façon à former une plaie en entonnoir, tout en prenant garde de blesser le cul-de-sac péritonéal. On fend la vessie et on prend la pierre avec une curette, on porte les tubes de Perrier jusqu'au fond de la vessie pour en bien laver toutes les parois, on ouvre le ballon de Petersen en laissant les deux tubes de Perrier dans la vessie et on ne les enlève qu'au bout de cinq ou six jours. Le temps de la cicatrisation de la plaie est variable suivant les malades.—*Praticien*

L'eau chaude dans les fractures périarticulaires.—M. Durand propose pareil traitement des entorses et des fractures pé-

Digitized by Google

riarticulaires des bains locaux d'une durée de 25 minutes avec de l'eau aussi chaude qu'on peut la supporter (45, 48 et même 50 degrés). Ce traitement amène très rapidement la disparition de la douleur, du gonflement, et en 4 ou 5 jours l'épanchement est absorbé.

M. Chauvet, dans le rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie sur le travail de M. Durand, sans nier l'utilité de ce traitement, se demande s'il est supérieur à la compression et au massage dont les succès sont si remarquables.—*Lyon médical.*

Examen chirurgical du rein.—Dans une intéressante leçon, le Prof. Guyon étudie la valeur de l'examen direct de la région rénale, pour l'appréciation de l'état du rein : lorsque cet organe est normal, la palpation peut en être considérée comme négative; cette méthode ne donne de renseignements utiles que dans les états pathologiques.

On place le malade dans l'attitude du repos musculaire absolu, étendu à plat sur le dos, les jambes allongées; on pratique l'exploration en mesure, c'est-à-dire en évitant toute pression pendant l'inspiration et en utilisant la détente produite par l'expiration pour pénétrer successivement dans les profondeurs du ventre. En agissant avec lenteur et douceur, on arrive graduellement à aller pour ainsi dire au contact de la paroi postérieure. On a soin de contourner les côtes, et, pour cela, aussi bien en avant qu'en arrière, on cherche à pousser les doigts au-dessous d'elles.

La recherche du rein d'après le procédé de M. Glénard (préhension du rein par pincement avec une seule main) ne peut permettre un examen complet, c'est-à-dire de se mettre en contact de sa paroi antérieure et de sa paroi postérieure. La chose n'est possible que chez les sujets maigres à parois souples; pour peu que l'abdomen soit développé, on aboutit à un échec à peu près certain. Mieux vaut utiliser pour l'exploration l'action combinée des deux mains. La main postérieure a pour mission de soutenir la paroi lombaire et d'aller aussi directement que possible à la rencontre du rein; glissée à plat sous le malade, en déprimant le matelas, elle s'applique sur la partie de la région lombaire correspondant au rein. La main antérieure doit être placée parallèlement à la ligne médiane, immédiatement au-dessous des cartilages costaux. Dans la majeure partie des cas, où il n'y a pas d'état douloureux, on peut exercer dans une mesure suffisante la palpation profonde. Mais lorsque la sensibilité est anormale, ni la position du sujet ni la palpation méthodique n'arriveront assez sûrement à leur but, et il deviendra nécessaire de neutraliser par d'autres moyens la contraction musculaire : c'est au chloroforme qu'il faudra alors faire appel.

Voyons jusqu'à quel point ces différentes manœuvres d'exploration du rein permettent d'apprécier : sa sensibilité, son augmenta-

Digitized by Google

tion de volume ou sa diminution, son absence, sa mobilité, ses déplacements et enfin sa consistance.

L'interrogation de la sensibilité du rein est d'autant plus importante qu'elle donne la certitude d'un état pathologique; car, à l'état normal, le rein n'est nullement sensible à la pression. Il importe de faire un examen comparatif de la région opposée et de ne pas confondre les symptômes douloureux avec la sensibilité superficielle, si facilement développée chez certains sujets au contact de cette région très sensible au chatouillement.

Lorsque l'augmentation de volume est prononcée, la palpation suffit : le rein est facilement senti au-dessous des côtes. Mais, pour apprécier une légère augmentation, il est nécessaire d'employer une manœuvre particulière à l'aide de laquelle on perçoit le ballottement rénal : on peut ainsi apprécier les plus faibles augmentations de volume et le premier degré des déplacements.

L'exploration manuelle, de quelque façon qu'on l'emploie, ne peut renseigner ni sur la diminution de volume, ni sur l'absence du rein.

A part les cas exceptionnels, où le cliquetis des graviers a pu être senti dans un rein ectopié, l'exploration manuelle ne donne pas de résultats dans la recherche des calculs rénaux.

Quant à la mobilité et aux déplacements du rein, on peut en apprécier l'existence et les degrés à l'aide de trois signes : la mobilité lombo-abdominale qui donne la sensation du ballottement; la mobilité abdomino-lombaire qui consiste dans le retour absolu ou relatif d'une tumeur tout à l'heure abdominale, dans la région lombaire ou à son contact; la mobilité due aux mouvements respiratoires. Les changements de position peuvent, dans certains cas, être la condition même de la constatation d'un déplacement du rein.

Enfin la consistance du rein est en réalité difficile à apprécier par le palper; on peut se rendre compte des degrés extrêmes dans la dureté et dans la mollesse, mais non dire avec certitude que le rein est ou non fluctuant; on trouve de la rénitence, mais il est rare que la sensation soit plus indicatrice.—*Concours médical.*

Hydropisie des ventricules cérébraux.—A une assemblée de la *Philadelphia County Medical Society*, le Dr. W. Keen présente le rapport d'un cas de paracentèse des ventricules latéraux du cerveau. Il aurait enlevé une couronne de trépan d'un demi-pouce, fait une ponction de 1¾ pouce de profondeur, jusque dans le ventricule et introduit un drain en crin qu'il aurait remplacé quelque temps plus tard par un tube en caoutchouc. Il s'écoulait de 2 à 8 onces de liquide cephalo-rachidien par jour. L'opération aurait été suivie d'un amendement considérable dans les symptômes. Le docteur a, en outre, exploré avec un stylet le lobe occipital à deux reprises à une profondeur de 3½ pouces. Il a, plus tard,

Digitized by Google

ponctionné le ventricule latéral opposé à celui déjà ponctionné et drainé et aurait ainsi établi une irrigation d'un côté à l'autre avec une solution d'acide borique.—On laisse entendre que l'enfant sur lequel ses diverses opérations ont été pratiquées est en voie de guérison.

Traitement de la coxalgie.—Le Dr. A. B. Judson, dans un long article dans le *New-York Medical Journal* disserte sur l'opportunité de la non-intervention dans les abcès de la coxalgie. S'appuyant sur des cas où ces abcés se sont résorbés sans avoir été touchés, il conseille la tolérance dans bien des circonstances; lorsque surtout l'abcès forme une accumulation indolore sans réaction générale. Il s'attache surtout à traiter la lésion osseuse et laisse l'abcès s'ouvrir seul, s'il manifeste cette tendence, et qu'il n'y ait pas d'indication formelle d'intervenir : douleur, etc.

1o Il procure aux os et à l'articulation le repos mécanique le plus absolu ; 2o il insiste sur une alimentation abondante et variée, mais dont le lait constiturait la plus grande partie; 3o il conseille l'opium à dose voulue.

L'auteur ne craint pas l'abondance du pus ni son infiltration ; il dit que le pus est secondaire à la lésion osseuse et ne réagit pas sur celle-ci pour la propager, d'où indication nette de traiter cette maladie articulaire par l'immobilisation absolue plutôt que de recourir au préalable, aux incisions, aux grattages et aux résections.

Moyen de taxis, par le docteur Perro, in *Annals of Surgery.*—Le bassin est soulevé par un oreiller, les cuisses sont fléchies et portées dans l'abduction. On saisit de la main gauche le scrotum et la hernie et on les élève sur les parois abdominales en exerçant une certaine compression ; l'index droit est alors introduit dans le canal inguinal par des mouvements de rotation et dirigé en haut vers la portion horizontale du pubis. Ce mouvement sollicite la réduction de la partie étranglée. Le docteur aurait réussi par ces moyens dans six cas où le taxis ordinaire avait échoué.

Corps étrangers des voies digestives.—Le docteur Salzer rapporte à la *Société Médicale de Vienne* trois cas de corps étrangers des voies digestives traités par la méthode conseillée par le docteur Cameron, de Glasgow, qui consiste à ne faire manger au patient pendant plusieurs jours que des patates. Dans les trois cas—le premier, celui d'un garçon qui avait avalé un petit poids, le second, celui d'une femme voulant digérer un ratelier, et le troisième, celui d'une petite fille prise d'affection gastrique pour un clou—le traitement a pleinement réussi. Ce moyen, dit-on, origine des filous de Londres, qui ayant avalé certains objets volés, vivent de patates jusqu'à ce que ces articles soient rendus *per vias naturales.*

Digitized by Google

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

De l'infection puerpérale.—I.—On a depuis longtemps discuté sur la pathogénie des accidents qui surviennent chez les accouchées et qui, à de certaines époques, exercent—ou plutôt exerçaient—parmi elles de si terribles ravages. Sans rappeler les théories anciennes telles que celles de la suppression des lochies, de la métastase laiteuse(Pujos), c'est vers la fin du siècle dernier que surgit la théorie anatomique. On plaça tour à tour le siège de la maladie dans le péritoine, dans les veines utérines (Dance), enfin dans les lympathiques (Tonnelé, Dayau, Nonat, etc.)

On connaissait mieux les lésions causées par l'infection ; mais on n'était guère fixé sur le mode de production de ces accidents et il faut arriver à Semmelweiss (1849), pour voir mettre en relief la théorie de la contagiosité des accidents puerpéraux. Cette donnée nouvelle, qui devait révolutionner l'art obstétrical, se vulgarisa peu à peu en France, grâce surtout aux travaux du Pr Tarnier (1857).

Il n'est pas inutile de rappeler que dès 1858 Trousseau entrevoyait complètement la vérité : il parlait d'un ferment inconnu, montrait l'infection se faisant par la plaie, affirmait l'analogie des accidents infectieux puerpéraux et celle des accidents infectieux chirurgicaux.

Restait à trouver le germe, le ferment de nature encore inconnue qui causait la fièvre puerpérale : quelques expérimentateurs, s'inspirant des méthodes pastoriennes, se mirent à l'étude (Mayerhofer, Recklinghausen, Waldeyer, Quinquaud, etc.) Coze et Feltz, en 1869, furent les premiers à reconnaître l'existence des microbes en chaînettes. Mais c'est M. Pasteur qui, en 1879, établit la présence fréquente de ce microbe, pendant la vie ou après la mort, chez les femmes atteintes de fièvre après l'accouchement. Le premier il put isoler et cultiver ce microbe : il en donna les caractères et montra le rôle principal joué par lui dans les accidents infectieux d'origine puerpérale.

Un an après parut l'importante thèse de Doléris qui découvrit quatre espèces d'organismes dans l'infection puerpérale : mais ces espèces ne sont là en réalité que les formes différentes d'un même organisme aux diverses périodes de son développement.

En 1884, MM. Chauveau et Arloing purent produire chez les lapins des septicémies expérimentales variant suivant le procédé de culture mis en usage : par analogie ils crurent pouvoir conclure que les formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre forme. Cet agent est un microbe unique, mais qui n'est pas spécial à la puerpéralité.

Digitized by Google

Notre collègue et ami, le Dr Widal, très versé dans la science nouvelle de bactériologie, vient de reprendre avec succès ces recherches, en les faisant porter sur des femmes présentant les différentes formes de l'infection puerpérale ; il est le premier microbiologiste qui ait pratiqué ces recherches sur des femmes mortes de septicémie sans lésion et sans suppuration, ou d'infection à forme pseudo-membraneuse.

Le très-remarquable travail de Widal comprend nombre de questions du plus haut intérêt et de données nouvelles, par exemple, sur la pathogénie des abcès pulmonaires d'origine puerpérale, sur la virulence des liquides épanchés dans la plèvre, sur les relations de la phlegmatia alba dolens, et de la septicémie puerpérale, etc.

Nous ne pouvons que signaler les points les plus saillants de cette étude qui comprend une description technique complète de " ce micro-organisme banal, répandu partout, le streptococcus pyogenes, qui suffit à lui seul à produire les formes cliniques diverses et les lésions anatomiques les plus variées de l'affection puerpérale à porte d'entrée utérine. "

Nous étudierons donc, en suivant pas à pas le travail de Widal, les portes d'entrée de la fièvre puerpérale, ses différentes formes, ses rapports avec la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.

II. Des portes d'entrée de la fièvre puerpérale. — Sur douze autopsies d'infection puerpérale à streptocoques, Widal a trouvé douze fois le micro-organisme dans l'utérus : la muqueuse utérine est donc la porte d'entrée ordinaire de l'infection. En effet, au moment de l'accouchement, il y a exfoliation complète de l'épithélium de la muqueuse entraîné par la chute de la caduque : rien d'étonnant à ce que les microbes pathogènes pénètrent par cette véritable plaie.

Lorsqu'il y a infection, on trouve dans la cavité utérine des micro-organismes de genres différents qui, au milieu des détritus de toute sorte, constituant les lochies, trouvent un excellent milieu de culture pour se multiplier et exalter leur virulence. De tous ces organismes, le streptococcus pyogenes parvient seul à infiltrer les parois utérines : de telle sorte que la muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre qui laisse passer seulement le streptococcus pyogenes, à l'exclusion des autres microbes contenus anormalement dans l'intérieur de la matrice.

Quand ce microbe a franchi la muqueuse, il se propage dans les lympathiques et les veinules de l'utérus : il traverse parfois cet organe sans y laisser la moindre goutelette de pus, et va déterminer au loin des suppurations dans une articulation, dans un muscle, dans une séreuse. C'est alors le microscope qui seul peut décéler dans les vaisseaux utérins la présence des chaînettes et montrer ainsi la voie suivie par l'infection.

Digitized by Google

L'infection chez l'accouchée n'est pas toujours due au streptococcus pyogenes : sur seize cas d'infection puerpérale, dont il a pratiqué l'examen bactériologique en étudiant le pus pendant la vie ou les organes après la mort, Widal a retiré de ses cultures quatorze fois le streptococcus pyogenes et deux fois un bâtonnet ayant les caractères de la bactérie décrite par MM. Albarran et Hallé comme cause de l'infection urineuse. Dans ces cas très rares où l'infection a pour cause un micro organisme différent du streptococcus, on peut admettre que cet organisme a pénétré par le périnée, la vulve, le vagin contusionnés ou déchirés pendant l'accouchement ou par la muqueuse vésicale, enflammée à la suite de la compression exercée par l'utérus gravide.

III. Des différentes formes de l'infection puerpérale.— Nous laisserons d'ailleurs de côté ces cas relativement rares pour n'étudier que les différentes formes de l'infection puerpérale causées par le streptococcus pyogenes : 1° forme avec suppuration ; 2° forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse ; 3° forme septicémique pure.

1° Forme avec suppuration. C'est de beaucoup la plus fréquente et elle peut présenter différentes variétés. Tantôt la suppuration se localise dans l'utérus ou le tissus cellulaire qui l'entoure, tantôt dans le péritoine ; enfin, elle peut se généraliser à toute l'économie et causer la pyohémie.

a) Forme avec suppuration localisée dans l'utérus ou le tissu cellulaire péri-utérin. Les phlegmons du ligament large, de la fosse iliaque, de la région rétro-pubienne sont des exemples de suppurations locales qui peuvent passer à l'état chronique, mais qui généralement guérissent. Dans certains cas cependant, la mort peut survenir assez rapidement : elle n'est pas alors tant causée par la suppuration limitée au tissu cellulaire péri-utérin que par l'invasion de toute l'économie par les micro-organismes.

Ces faits sont prouvés par l'examen bactériologique, qui montre que chez la même femme le streptococcus pyogenes peut produire des suppurations en foyer dans certains tissus, en même temps qu'il infiltre certains organes et y détermine des lésions histologiques sans faire de pus. De telle sorte que des infections qui paraissent s'être localisées à un foyer de suppuration, sont parfois des infections généralisées à toute l'économie.

b) Péritonite suppurée. La suppuration du péritoine est si fréquente, chez la femme infectée, après l'accouchement, que Baudelocque identifiait la fièvre puerpérale avec l'inflammation de la séreuse. Aussi, nombre de pathologistes ont-ils considéré la fièvre puerpérale comme la localisation primitive de la maladie ; M. Siredey a affirmé, au contraire, que la péritonite puerpérale était toujours consécutive à une lymphangite utérine. C'est, en

Digitized by Google

effet, la voie la plus fréquemment suivie par les micro-organismes pour se rendre de la muqueuse utérine au péritoine ; mais il y a d'autres moyens de propagation (par les trompes par exemple.) La péritonite puerpérale infectieuse, même généralisée, peut rester purement fibrineuse. Dans la forme fibrino-purulente, les fausses membranes fibrineuses tendent à enkyster le pus et peuvent déterminer un processus de guérison.

Même dans les formes les plus graves, la thérapeutique doit essayer de lutter : une indication formelle consiste à immobiliser par l'opium à haute dose l'intestin dont on pratique l'antisepsie suivant la méthode de M. Bouchard.

c) Forme pyohémique (infection purulente puerpérale.) On comprend dans cette catégorie les cas où la suppuration s'est généralisée à distance de l'utérus et du péritoine dans les parenchymes, les articulations, les muscles, le tissu cellulaire. Lorsque chez les femmes ainsi infectées, on trouve au milieu des foyers de suppuration, le streptococcus pyogenes mélangé à d'autres micro-organismes, on peut arriver, à l'aide d'une méthode spéciale à prouver que le streptocoque est le seul agent pathogène.

Contrairement à la théorie classique, les abcès à distance de la pyohémie ne reconnaissent pas toujours pour cause une phlébite utérine ou péri-utérine préalable. Des microbes charriés par le sang peuvent déterminer au loin des foyers de suppuration, sans qu'ils aient besoin de fragments de caillots comme véhicule.

Dans l'affection purulente chronique, les microbes, au bout d'un certain temps, restent enkystés dans le pus des abcès ; on ne les retrouve plus ni dans le sang, ni dans les organes. L'infection, qui était généralisée d'abord, est devenue localisée.

Quant à la pleurésie purulente, elle se présente chez les femmes puerpérales dans des conditions très diverses sur lesquelles nous ne pouvons insister ici.

2° Forme diphtéritique ou pseudo-membraneuse. La fausse membrane fibrineuse que l'on observe quelquefois au cours de l'infection puerpérale, a tout l'aspect de celle que l'on rencontre dans la diphtérie légitime, et se présente, soit associée à diverses suppurations, soit à l'état pur sur la vulve, le vagin, la muqueuse utérine, les séreuses. Quant à la pathogénie et à la nature de cette diphtérie puerpérale, les uns la considèrent comme une forme d'infection spéciale, les autres n'y voient aucune différence avec la diphtérie légitime, maladie de Bretonneau et Trousseau. L'examen microbiologique, pratiqué dans les cas où la fausse membrane s'observe à l'état pur et dans ceux où elle est associée au pus, prouve l'inexactitude de l'une et de l'autre opinion : *ces fausses membranes ont la même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptococcus pyogenes.*

3° Forme septicémique pure sans suppuration ni fausses membranes. Dans certains cas la mort survient chez la nouvelle

Digitized by Google

accouchée au milieu de tous les symptômes de l'infection puerpérale, sans que l'examen minutieux des organes décèle en aucun point de l'économie la moindre trace de suppuration ou la moindre parcelle de fausses membranes : c'est à cette forme d'infection que Widal réserve le nom de *forme septicémique pure.*

L'évolution de cette variété de septicémie est rapide ou lente. En s'appuyant uniquement sur les examens microbiologiques pratiqués dans trois autopsies, Widal affirme que cette forme septicémique. comme la forme pyohémique, comme la forme pseudo-membraneuse, reconnaît pour cause le streptococcus pyogenes.

IV. Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. —Rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale.— C'est encore ce micro-organisme que Widal nous montre produisant la phlegmatia alba dolens : il a pu le rencontrer dans deux cas sur la coupe des veines atteintes se ralliant pleinement à la théorie nouvelle de l'origine parasitaire de la phlegmatia puerpérale, il vient l'appuyer à l'aide de faits probants et de constatation microbiologiques positives.

Cliniquement, il n'y a pas de plegmatia alba dolens puerpérale sans symptômes fébriles préalables : la phlegmatia n'est que le second temps d'une infection dont la première étape avait été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement.

De plus, l'anatomie pathologique et la microbiologie démontrent qu'entre la phlegmatia alba dolens la plus légère et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y a que des différences de degré : la lésion est la même et la cause est identique.

Cette cause, c'est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptococcus pyogenes charrié par le sang. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi ; contrairement à l'opinion générale des auteurs, le caillot se transforme parfois en liquide, non pas puriforme, mais véritablement purulent.

Nous ne pouvons que signaler aujourd'hui rapidement l'importance pratique de ces données nouvelles, d'après lesquelles *toute phlegmatia puerpérale* d'origine utérine est de nature infectieuse ; appuyé sur des observations positives, Widal a pu ainsi affirmer, ce que bon nombre d'accoucheurs tendaient à admettre depuis quelque temps, ce que nous avancions timidement il y a quelques mois, en écrivant : " Nous sommes convaincu que nombre de ces accidents (certaines formes de plegmatia alba dolens, phlegmons du ligament large, pyo-salpingites, embolies, abcès métastiques, pleurésie purulente, etc.), proviennent de l'infection : le rôle de l'antisepsie consiste à les prévenir en veillant à

Digitized by Google

l'asepsie de l'accouchement et des suites de couches." Reste à savoir si *toutes* les phlegmatias qui surviennent dans le cours de la puerpéralité sont d'origine utérine, en un mot si cette complication est *toujours* due à une faute commise contre les règles de l'antisepsie.

Enfin (et ce n'est pas là un des chapitres les moins nouveaux de ce travail), Widal aborde la question des rapports de l'érysipèle et de l'infection puerpérale: l'analogie de ces deux affections a été depuis longtemps indiquée en s'appuyant sur différents arguments cliniques tirés : 1° de la coïncidence des épidémies de l'une et de l'autre affection ; 2° des faits de contagion réciproque observés chaque jour entre les deux maladies : 3° de la présence fréquente chez la même femme de l'infection puerpérale et de l'érysipèle.

A la suite des expériences qu'il a pratiquées sur ce sujet, Widal a pu montrer que : 1° le streptocoque qui occasionne la dermite érysipélateuse peut causer à lui seul la suppuration dans l'érysipèle phlegmoneux ; 2° avec le streptocoque isolé des humeurs d'une femme atteinte d'infection puerpérale, on peut produire l'érysipèle comme avec le streptocoque isolé d'une plaque érysipélateuse.

V. Quelles conclusions tirer des faits intéressants, et pour la plupart nouveaux que nous venons d'analyser. Ici encore nous laisserons la parole à Widal, qui ne se contente pas de mener à bien les recherches les plus intéressantes, mais qui sait aussi manier habilement la plume et exposer ses idées sous une forme claire et élégante. " Un seul organisme, dit-il, le streptococcus pyogenes, suffit à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale vulgaire à porte d'entrée utérine. Il détermine la fausse membrane fibrineuse, le thrombus de la phlegmatia alba dolens, de simples altérations histologiques des parenchymes, aussi bien que le pus des abcès. Le polymorphisme des lésions qu'ils occasionne est le point le plus intéressant de son histoire.

Ces formes morbides si diverses sont expliquées dans l'immense majorité des cas par des variations dans la virulence du microbe qui est leur cause commune.

Jusqu'à présent, dans l'étiologie des maladies infectieuses, on a coutume de compter seulement avec quatre facteurs : 1° la nature du microbe pathogène ; 2° la quantité de germes infectants ; 3° la porte d'entrée par laquelle ils pénètrent ; 3° le terrain sur lequel ils évoluent. Il faut s'habituer à compter avec un cinquième : la *virulence.* "—Dr G. Lepage, in *Concours médical.*

Action de l'opium sur le fœtus.—M. Ruth de Nuscatine, ayant étudié les effets de l'opium sur les jeunes enfants, a constaté que ce médicament, même à des doses très faibles, produit des

Digitized by Google

convulsions qui pourraient devenir mortelles. Dans ces conditions il pense que lorsqu'on administre de l'opium à une femme enceinte, l'enfant qu'elle porte doit en ressentir les effets nuisibles, et ces effets doivent se traduire par des convulsions.

C'est ce qui eut lieu dans un cas dont l'auteur cite l'observation : une femme enceinte, qui avait pris de fortes doses d'opium, constata, quelque temps après l'administration du médicament, des mouvements de son enfant, violents et presque insupportables. On ne peut penser que si la dose eût été plus forte, l'enfant serait mort.

C'est donc à tort qu'on donne de l'opium quand on veut éviter un avortement. M. Ruth, d'ailleurs, a remarqué, dans sa pratique, que les cas d'avortements qu'il a traités avec de l'opium ont été suivis d'insuccès, autant, si ce n'est plus, que les cas qu'il a traités sans opium (repos au lit, hanches élevées, etc.)—*Bulletin médical.*

PÆDIATRIE.

Pleurésie infantile.—Le traitement de cette maladie est ainsi décrite par H. GILLET, dans la *Revue générale de clinique* :—Les moyens médicaux consistent dans les purgatifs, les diurétiques et les résulvifs ; on en comprend l'action. Parmi les purgatifs, le plus recommandable est le calomel, qui joint à sa qualité laxative son action diurétique, antiphlogistique et même antiseptique. On l'ordonne avec ou sans scammonée à la dose de 5 à 10 centigrammes à l'âge de 6 mois, 4 à 6 ans en 2 ou 3 prises (Sevestre).

Pour ne pas continuer tous les jours le calomel, on entretient la liberté du ventre avec les purgatifs plus doux, comme la manne, la magnésie, etc., par exemple :

Eau bouillante	100 gr.
Manne en larmes.....	30 —
Follicules de séné.....	4 —
Café	10 —

Comme diurétiques on emploiera surtout le lait, la scille, la digitale et la caféine et on fera prendre un peu de tisane de chiendent nitré, de queues de cerise, d'uva ursi ou de l'infusion de thé et de café vert.

L'application d'une série de ventouses sèches se répète selon le besoin, ainsi que celles des petits vésicatoires ; ils seront camphrés et l'on surveillera leur dessication qu'on activera le plus possible.

Digitized by Google

La saignée, vantée par Ziemssen, trouve peu d'adhérents en France.

Après ces moyens médicaux viennent les procédés chirurgicaux ; nous en résumons les règles. La *thoracentèse* se pratique soit d'urgence, soit de propos délibéré. S'il y a menace d'asphyxie ou de syncope par suite de la grande quantité de l'épanchement et de son augmentation brusque, par son siège à gauche avec déviation au cœur, par sa bilatéralité, le médecin a la main forcée et n'a pas plus de choix, il doit faire la thoracentèse avec l'appareil aspirateur.

Quand il la pratique de propos délibéré, il y est amenée par la lenteur de la résolution, par la résistance de la maladie aux seuls médicaments ; mais dans ce cas les auteurs sont loin d'être assez sobres d'intervention, du moins dans la pleurésie séro-fibrineuse. Au contraire, dès qu'il y a du pus dans la plèvre, il faut au plus tôt l'évacuer et la tendance générale est de recourir à l'ouverture large et aux pansements antiseptiques. Avant de se décider à l'opération de l'empyème, quelques médecins préfèrent faire la ponction aspiratrice qu'ils répètent tous les quatre ou cinq jours (Cadet de Gassicourt), ou plus encore toutes les vingt-quatre heures, deux fois en vingt-quatre heures (Desplats) ; mais, si le pus ne semble pas tarir, ils changent vivement de méthode et ouvrent la poitrine, car tout atermoiement mettrait le petit patient dans de plus mauvaises conditions de guérison et, lorsque la pleurésie est tant soit peu septique, la décision doit être promptement prise. Sauf chez les jeunes enfants où les espaces sont petits, les pansements difficiles (Descroizilles), la guérison s'obtient souvent en peu de jours, en général, et sans grande déformation.

Antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez les enfants.—M. le Dr. Legroux applique à l'hôpital Trousseau la méthode d'antisepsie intestinale préconisée par M. le professeur Bouchard de la manière suivante :

La maladie étant reconnue, donner 0,30 à 0,60 centigrammes de calomel suivant l'âge de l'enfant en 2 ou 3 fois. Le lendemain, si la diarrhée est assez abondante, donner :

Naphtol.....	aa 2 grammes 50
Salicylate de bismuth	

divisées en 10 paquets qu'on administrera toutes les heures en délayant la poudre dans un peu de lait.

Si la diarrhée est moyenne, ne donner que :

Naphtol B..... ..... 2 grammes 50

en 10 paquets, un toutes les heures.

S'il y a constipation, formuler :

Digitized by Google

Naphtol B.. ..... } aa 2 grammes 50.
Salicylate de magnésie..... }

à diviser en 10 paquets, un toutes les heures.

Les résultats obtenus ont été très favorables, on peut les résumer ainsi :

Diminution et désinfection des selles, diminution ou suppression du météorisme intestinal, amélioration de l'état buccal.

Atténuation des accidents nerveux, diminution de l'albuminurie, abréviation de la convalescence qui en général évolue sans complication.—*Nice médical.*

SYPHILIGRAPHIE

Diagnostic du chancre syphilitique. Clinique de M. le prof. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.—Le diagnostic du chancre syphilitique présente deux ordres de difficultés. D'une part nous avons les difficultés de diagnostic que chacun sait avec le chancre mou, avec l'herpès, etc., d'autre part, et c'est là ce qui nous occupera aujourd'hui, on peut se trouver en face de difficultés auxquelles on ne songe nullement d'ordinaire. Nous allons nous occuper : 1° des indurations factices ; 2° des nodosités blennorrhagiques ; 3° de l'ecthyma scabieux.

C'est M. Ricord qui a bien fait connaître la nature des indurations factices. Ces infiltrations de tissu absolument rondes, à base rénitente, simulent bien l'induration du chancre syphilitique. Quoique ces infiltrations de tissu puissent prendre naissance spontanément, elles sont ordinairement causées par l'application de topiques médicamenteux quelconques, d'un caustique.

Si, par exemple, on cautérise aujourd'hui une érosion herpétique avec du nitrate d'argent, le lendemain cette petite érosion présente une base absolument indurée impossible à différencier de la base indurée d'un chancre syphilitique. Le vitriol, l'acide phénique, l'acide acétique, l'acide chromique, etc., sont capables de déterminer cette induration.

M. Fournier fabrique de toutes pièces en quarante-huit heures un chancre induré. Une goutte de nitrate acide de mercure, placée dans la rainure glando-préputiale, donne au bout de ce temps une ulcération qui est la reproduction exacte du chancre syphilitique. M. Fournier rappelle à ce propos une femme venue à l'hôpital l'année dernière. Elle présentait à la lèvre inférieure une érosion ayant absolument l'apparence d'un chancre induré. Elle l'avait tout simplement provoqué en cautérisant une gerçure qu'elle avait à cette lèvre avec de l'acide azotique étendu d'eau.

A la longue liste des caustiques on peut ajouter encore le tannin, l'alcool, l'alun, qui produisent ce même résultat. On peut en dire également autant du vinaigre de Bully, de l'eau de Lubin, de l'eau de Cologne, de l'alcool camphré, de l'eau blanche,

Digitized by Google

etc. On peut appeler toute cette série les topiques de fantaisie appliqués sur des ulcérations par l'imagination du malade. Les soldats ont recours à la cendre de pipe.

Aussi faut-il se méfier de ces causes d'erreur. Et quand un malade se présente à nous, faut-il lui demander avant tout s'il a mis quelque chose sur l'érosion dont il est porteur.

Une autre cause qui peut faire croire à l'existence de l'induration syphilitique, cause que M. Fournier croit n'avoir pas été encore décrite, ce sont les nodosités blennorrhagiques. Ces nodosités se produisent quelquefois, ce que ne signalent pas exactement les auteurs, sur le trajet des lymphatiques en forme d'olive, et elles se placent de préférence dans le sillon glando-préputial. Aussi quand un malade arrive avec un phimosis et que l'on sent aussi une nodosité dont on ne peut, *de visu*, déterminer la nature, et si d'un autre côté l'adénopathie ganglionnaire n'est pas nettement accusée, il faut réserver absolument le diagnostic.

M. Fournier rapporte douze cas d'erreur de diagnostic de ce chef, dont deux lui sont personnels. Parmi ceux-ci, il raconte celui d'un jeune médecin de province qui vint le consulter. Il avait contracté la blennorrhagie, à la suite de laquelle était survenu un phimosis considérable, et s'étant aperçu de cette induration, il réclamait un traitement spécifique. M. Fournier demanda à attendre quelques jours, et peu de temps après le phimosis ayant disparu, il se trouva simplement en face d'un noyau de lymphangite blennorrhagique.

Si maintenant nous ajoutons que la lymphangite à forme nodulaire peut s'ulcérer, on comprendra qu'alors le diagnostic devient très embarrassant, et qu'on se trouve en face d'une lésion ayant absolument l'aspect d'un chancre induré.

La gale, chacun le sait, affectionne la verge. L'ecthyma scabieux, soit sous la forme croûteuse, soit sous la forme excoriative, peut simuler le chancre syphilitique, et la ressemblance est tellement grande qu'il est impossible de faire la différence. M. Fournier, à ce sujet, rapporte le cas d'un malade qui, atteint de gale, présentait sur la verge quatre lésions croûteuses à base large et indurée. Le diagnostic était embarrassant. M. Fournier présenta le malade à plusieurs de ces confrères. Et il est à remarquer qu'aucun d'eux n'établit de différence entre ces quatre lésions croûteuses. Or, voici ce qu'il en advint. Après la frotte à laquelle fut soumis le malade, trois disparurent parfaitement sous l'influence de ce traitement, mais il en resta une qui était tout simplement un chancre syphilitique, ainsi que le prouva ultérieurement l'évolution de la maladie. Pour bien se figurer que la gale peut simuler le chancre induré, il faut encore ajouter qu'elle retentit souvent sur les ganglions de l'aine, et l'erreur de diagnostic devient de plus en plus possible.

Aussi en présence de ces cas douteux, il faut attendre avant de poser son diagnostic, il faut voir évoluer l'affection. De tout cet

Digitized by Google

exposé, il résulte que d'autres lésions plus nombreuses que celles qu'on décrit ordinairement peuvent simuler, à s'y méprendre, le chancre syphilitique ; aussi faut-il bien le connaître.—*Praticien.*

Lésions syphilitiques rénales et cérébrales.—Clinique de M. le prof. JACCOUD, à l'hopital de la Pitié.—Il y a quelques jours est entrée dans le service une femme atteinte d'hémiplégie droite, de paralysie de la partie inférieure de la face et enfin d'aphasie. Ces accidents s'étaient produits trois jours seulement auparavant. L'artérite syphilitique généralisée était la cause de ces incidents.

Nous examinerons les lésions rénales et cérébrales de cette malade.

En nous occupant d'abord de la néphrite et à propos d'elle, nous dirons d'abord : 1o les lésions rénales syphilitiques ne sont pas rares ; 2o la syphilis peut toucher le rein à toutes les périodes. La syphilis rénale, en effet, peut se montrer avec la roséole, puis en même temps que les éruptions papulo-squameuses.

La syphilis rénale précoce, dans la plupart des cas, se caractérise par une simple albuminurie plus ou moins intense. Mais cette albuminurie dure longtemps. Malgré tout, si cette albuminurie n'était soignée en aucune façon, on verrait apparaître d'autres accidents consécutifs à la néphrite.

Il peut cependant se faire que la néphrite s'établisse tout d'un coup, avec tous ses caractères de néphrite aiguë scarlatineuse. Il y a de l'albumine dans les urines, de la température, des douleurs lombaires, de l'anasarque généralisée, etc.

Une fois (Burckmann) on a vu des phénomènes d'urémie éclater soudainement sans autres prodromes.

Pour ce qu'il s'agit du traitement, dans l'albuminurie simple, sans autres accidents de néphrite, on instituera sans tarder le traitement mixte. Sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure combinés, on verra l'albumine disparaître rapidement et survenir une amélioration rapide.

Si maintenant on se trouve en face d'accidents soudains de néphrite, il faudra avoir recours aux drastiques, même à la saignée, enfin à tous moyens empêchant la production des accidents urémiques. Ce dernier point obtenu, on aura alors à employer le traitement mixte. Mais il ne faut pas oublier que, dans ce dernier cas, la guérison sera très longue à obtenir, et il peut s'agir là d'une question d'années.

La forme avec albuminurie simple peut heureusement passer inaperçue, de même que la forme avec incidents urémiques d'emblée peut être prise pour des accidents de simple néphrite albumineuse, la syphilis étant méconnue. Et l'on conçoit combien il est important de ne pas faire cette erreur de diagnostic au point de vue du traitement.

Pour ce qui est maintenant de la syphilis rénale tardive, elle

Digitized by Google

est de beaucoup la plus commune. Elle se manifeste entre la période secondaire et la période tertiaire, où bien dans la période tertiaire elle-même. On observe deux formes anatomiques, la dégénérescence amyloïde et la forme granuleuse.

Malgré tout, le pronostic des lésions rénales syphilitiques est toujours très grave.

Quelquefois la syphilis rénale se complique tout à coup de lésions aiguës. Par exemple, les vaisseaux sont atteints, les épithéliums, les tissus interstitiels, tout enfin est pris. C'est dans ce cas-là qu'on voit apparaître l'hématurie et alors la maladie marche rapidement, et bien souvent tout se termine par la mort.

Quant à la malade qui nous occupe, on ne semble pas avoir à craindre chez elle d'accidents aigus. Sa néphrite est apparue dans la période tertiaire, elle revêt une forme rapide et il semble qu'elle sera peu sensible au traitement spécifique.

Occupons-nous un peu maintenant des lésions cérébrales syphilitiques que présente notre malade. A son arrivée à l'hôpital, les accidents hémiplégiques disparaissaient, et il était permis à la malade de faire déjà quelques mouvements dans les membres du côté droit.

En examinant avec grand soin la malade, on trouvait le réflexe rotulien légèrement exagéré du côté droit, avec une légère trépidation du pied. On pouvait provoquer de la contracture dans le membre paralysé.

A son arrivée dans le service, la malade commençait à parler. Depuis ce temps l'amélioration que l'on remarquait alors est de jour en jour plus sensible.

Mais l'on doit se demander quelle est la nature de cette aphasie.

Car avec elle il n'y a pas de troubles intellectuels. Elle entend et comprend bien ce qu'on lui dit. Elle a aussi l'intelligence de la vision des mots, et ses gestes répondent aux questions qui lui sont adressées. Ni la langue, ni les lèvres ne sont paralysées. On peut dire qu'elle a seulement ce que M. Jaccoud appelle la *logoplégie*, ce qu'on appelle à tort l'aphasie motrice.

Est-ce une lésion vasculaire qui peut donner lieu à une aphasie avec de tels symptômes ? On est en droit de soupçonner une embolie, étant donnée la soudaineté avec laquelle sont apparus les accidents. Puis il faut dire qu'il y a un an cette femme a déjà eu une hémiplégie brusque du côté opposé et cette fois, naturellement, sans aphasie. Et étant donnés les accidents de contracture faciles à produire, etc., on supposera facilement une embolie de la sylvienne, et embolie en train de disparaître.—*Praticien.*

De la syphilis par conception.—Le professeur FOURNIER, dont l'enseignement est toujours aussi clair qu'utile, vient d'abor-

Digitized by Google

der, dans ses leçons cliniques, cette importante question de la *syphilis par conception :* c'est là un mode de contamination par la syphilis qui présente un intérêt pratique d'autant plus grand qu'il en découle des précautions prophylactiques importantes.

Ce sont surtout les jeunes femmes récemment mariées qui paient de cette manière leur tribut à la vérole. Voici comment se passent habituellement les choses : une jeune fille, pure et saine, se marie avec un homme ayant eu autrefois une syphilis incomplètement traitée. Elle devient enceinte, puis ne tarde pas à présenter des accidents manifestes de syphilis (roséole spécifique, plaques muqueuses, maux de tête, alopécie, etc). Le médecin consulté recherche de suite l'accident initial, le *chancre ;* malgré un examen minutieux et complet, il ne le trouve pas. Non seulement le chancre ne peut être découvert, mais son compagnon habituel, son témoin posthume, le *bubon ;* n'existe pas. Il n'y a même pas de vestige d'adénopathie syphilitique.

Malgré ces faits insolites, il n'y a pas de doute possible : la femme est manifestement syphilitique. Le médecin s'étonne de ne pas trouver le chancre, mais compte bien trouver chez le mari la lésion qui a causé l'infection. Nouvelle surprise : l'examen du mari ne révèle aucune manifestation spécifique récente ; le mari, averti du danger d'une contamination possible, affirme, jure que, depuis son mariage, il s'est observé attentivement et qu'il n'a jamais aperçu la moindre rougeur ni la moindre érosion. L'examen complet du sujet est négatif.

Ainsi, voilà une femme qui a pris la syphilis au contact d'un homme n'ayant présentement aucun symptôme capable de donner la vérole : c'est une dérogation complète aux lois usuelles de la vérole. Si ces faits étaient exceptionnels, on pourrait les révoquer en doute ; mais on les rencontre assez fréquemment, non pas à l'hôpital, mais dans la clientèle de la ville où les malades s'observent mieux et peuvent être plus facilement suivis.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un tel cas et qu'on interroge la femme, on apprend qu'elle est enceinte, qu'elle a été enceinte ou qu'elle vient d'avorter ; il est alors légitime de supposer qu'elle a été infectée par son fœtus. Cette supposition est d'autant plus fondée que l'enfant naît syphilitique. Or, dans des cas de ce genre, le sort de l'enfant est lamentable : sur 22 faits de syphilis par conception recueillis par Diday, 15 fois la grossesse a été interrompue par un avortement, 7 fois le fœtus est né à terme ou près du terme, est venu mort ou n'a pas tardé à succomber avec des manifestations syphilitiques. Ces chiffres sont confirmés par la statistique du professeur Fournier.

La syphilis de l'enfant est donc constante ; comme celle de la mère, c'est une syphilis anormale, une syphilis *décapitée*, sans période primaire. La femme ne la doit ni au mari, ni à un autre homme ; on conçoit que, chez elle, la contamination ait eu lieu

Digitized by Google

par le contact intime pendant plusieurs semaines avec un sujet syphilitique, le fœtus; rien d'étonnant à ce que la femme soit infectée par ce foyer de vérole qu'elle porte dans son sein.

Voyons maintenant si cette théorie de l'infection de la mère par le fœtus pendant la vie intra utérine est en contradiction avec les recherches récentes sur le passage des microbes à travers le placenta; cherchons si cette théorie de la syphilis par choc en retour, de la transmission possible par le placenta, n'est pas au contraire étayée par les données nouvelles de la science sur les maladies infectieuses.

Tout d'abord, on sait que nombre de maladies se transmettent de la mère à l'enfant par le placenta; telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine. Parmi les maladies à microbes bien déterminés qui rentrent dans ce cadre, il faut citer la septicémie expérimentale aiguë, le choléra des poules.

On croyait, il y a quelques années, que le placenta constituait un filtre parfait qui tamisait les microbes pathogènes; il n'en est rien. Les expériences mémorables de Straus et Chamberland ont montré que le placenta laissait passer certains microbes; elles ont montré que la bactéridie charbonneuse pouvait être retrouvée dans le sang du fœtus. On admet donc que certaines maladies sont transmissibles de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du placenta.

La syphilis en a donné depuis longtemps la preuve clinique. Ainsi, une femme siphilitique devient enceinte des œuvres d'un homme sain, indemne de syphilis; l'enfant naît syphilitique. Il est bien certain alors que c'est par l'intermédiaire du placenta que le fœtus reçoit de sa mère la syphilis. On admet couramment ces phénomènes d'exosmose au niveau du placenta; pourquoi ne pas admettre le courant inverse et l'infection par endosmose? Si, par le placenta, la syphilis peut se transmettre de la mère au fœtus, pourquoi, inversement, la même infection ne se transmettrait-elle pas de l'enfant à la mère?

Il y a une raison de plus qui plaide en faveur de la possibilité de transmission de la syphilis du fœtus à la mère par la voie placentaire: c'est que la syphilis de la mère présente alors la même forme que la syphilis du fœtus qui doit la vérole à sa mère. Dans les deux cas, il s'agit d'une syphilis *décapitée* sans accident initial, sans période primaire, *d'une syphilis générale d'emblée.* Cette similitude de forme des deux syphilis confirme donc l'identité du mode d'introduction de l'agent virulent; la bactériologie et la pathologie expérimentale viennent encore appuyer ici cette théorie de la syphilis par conception. On sait, en effet, aujourd'hui que les effets des virus varient essentiellement; que ces virus donnent lieu à des symptômes très variables, suivant leurs modes de pénétration. Pour le charbon, par exemple, si c'est par la peau qu'on l'inocule à un animal, il se développe un charbon véritable, terrible, mortel; si l'injection est faite dans le sang, on ne produit

Digitized by Google

pas le charbon ; on crée, au contraire, l'immunité, la vaccination charbonneuse. Ne résulte-t-il pas de ces expériences, qui jusqu'ici n'ont pas été contredites, que des effets semblables produits par un même virus dans des conditions différentes impliquent l'identité de pénétration ? Lorsque le fœtus en dehors de toute influence paternelle, contracte *in utero* la syphilis qui n'est survenue chez la mère que pendant le cours de la grossesse, il est infecté par le sang maternel qui vient dans le placenta : de même n'est-il pas logique de supposer que, lorsque la femme présente pendant la grossesse des accidents spécifiques sans chancre initial, n'est-il pas logique de supposer qu'elle doit cette syphilis à un mode de contamination spécial, qu'il s'agit, en un mot, de syphilis par contamination sanguine ?

D'ailleurs l'infection de la mère par l'enfant s'impose par absence de toute autre cause qui puisse expliquer l'infection ; du moment où on ne peut incriminer directement ni le mari, ni un autre facteur mâle, ni aucune contagion tégumentaire extérieure, n'est-il pas plus logique d'incriminer le fœtus, lui qui est syphilitique et qui presque toujours en mourra ? N'est-ce pas là un excellent foyer d'infection que la femme porte en elle, dans sa chair, dans sa substance ?

Ainsi, en se basant sur la clinique, sur la bactériologie et la physiologie pathologique, on doit admettre qu'il existe pour la femme un mode de contamination spéciale : *une femme saine, concevant un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, peut être infectée par son enfant.* Ainsi peut-être formulée cette variété de contamination syphilitique, dite *syphilis conceptionnelle ;* c'est le professeur Diday qui lui a donné ce nom. Il en a été non seulement le parrain, mais pour ainsi dire le père ; car c'est lui qui, le premier, a bien étudié et décrit cette entité morbide. Il n'y a plus aujourd'hui le moindre doute sur la réalité de ces faits, malgré les objections qui se sont produites.

La principale objection des auteurs qui nient la syphilis par conception, consiste à dire que cette variété de contamination est une création de fantaisie, inventée faute de mieux ; que c'est commettre une double erreur matérielle que d'admettre une syphilis sans période primaire, d'admettre que dans ces cas-là le mari est sain. Si l'on n'a pas trouvé de chancre, c'est qu'il a passé inaperçu ; il était sans doute minime, petit, éphémère, fugitif, il siégeait peut-être dans une région insolite ou il était difficilement accessible (chancre du vagin, du col), etc.; d'ailleurs ne sait on pas que ces caractères du chancre se rencontrent fréquemment chez la femme, et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on méconnaisse l'accident initial ?

D'autre part, lorsqu'on affirme que le mari ne présentait aucun accident contagieux au moment du coït fécondant, quelle preuve a-t-on de cette immunité du mari ? Cet homme, en le supposant

Digitized by Google

même de bonne foi, ne peut-il pas se tromper ? Une lésion minime, insignifiante en apparence, n'a-t-elle pas pu échapper à son observation ? A la rigueur même, en admettant que cet homme fût sain, pourquoi ne s'agirait-il pas d'une syphilis transmise par le sang, due à une érosion, une écorchure qui se serait produite de part et d'autre pendant le coït ? La syphilis par conception n'existe pas : c'est une chimère.

Il est facile de répondre à ces objections. Si les cas de cet ordre ne se présentaient que de temps à autre, si c'étaient des faits isolés, on pourrait leur opposer une fin de non recevoir, mais ces faits s'observent d'une façon commune, et le professeur Fournier en a recueilli personnellement plus de 50 observations authentiques ; sans doute, de temps à autre, un chancre peut passer inaperçu ; mais n'est-il pas illogique d'admettre que tous les auteurs qui ont rapporté de telles observations se sont trompés, ont commis une erreur d'observation ? Pourquoi le chancre serait-il toujours méconnu, justement dans le cas où la femme est enceinte ? Prétendre que ces observations sont mauvaises, se réfugier dans une telle fin de non recevoir, c'est aller à l'encontre de la logique et du bon sens.

Quant à récuser le témoignage du mari, sans doute il faut être réservé dans l'appréciation de son dire ; mais il ne faut cependant pas être trop incrédule, lorsqu'on se trouve en présence de sujets intelligents, de bonne foi, qui avouent avoir eu la syphilis, mais qui, prévenus des dangers possibles d'une contamination, s'observent anxieusement avant et après chaque coït ? Ils sont souvent alors plutôt disposés à s'alarmer inutilement qu'à s'endormir dans une quiétude trompeuse. D'ailleurs, dans certaines observations, le mari était médecin ; on ne peut guère, en vérité, mettre en doute de telles affirmations.

Enfin il existe, parmi les faits de syphilis par conception, des observations irréprochables qui défient toute critique. Tel le cas rapporté par M. Gailleton : une jeune fille de 16 ans, vierge, devient enceinte à la suite d'un seul et unique coït ; le jeune homme—ravisseur de cette virginité—avait eu la syphilis six mois auparavant, mais depuis un mois ne présentait plus aucun accident. Effrayé des conséquences possibles, il vient, dès le lendemain, consulter M. Gailleton qui l'examine très complètement, ne découvre pas la moindre lésion spécifique et rassure l'imprudent. Mais la jeune fille, devenue enceinte, présente deux mois après de violents maux de tête, de la roséole, des plaques muqueuses, en un mot une syphilis nettement caractérisée sans trace de chancre. L'enfant présente des accidents spécifiques quinze jours après sa naissance. Est-il un exemple plus probant ? Devant de tels faits, le doute n'est plus permis ; et l'on peut dire que la syphilis par conception a pris droit de cité dans la science.

Quant au mécanisme suivant lequel l'infection se transmet du

Digitized by Google

fœtus à la mère, c'est là un problème qui n'est pas encore résolu : l'infection est-elle transmise par l'ovule, alors que l'ovule est dans la trompe ou qu'il est déjà dans l'utérus ? L'infection ne se fait-elle que plus tard par la voie placentaire sur l'ovule greffé dans la cavité utérine ? Autant d'hypothèses qui ne sont actuellement que des hypothèses et qui ne pourraient qu'entraîner dans une discussion sans fin.—*Union médicale.*

Syphilis pulmonaire.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'Hôtel-Dieu.—A la salle des femmes est couchée une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, et exerçant la profession de mécanicienne. Malgré sa faible constitution, sa santé a toujours été bonne. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement difficile, elle eut une phlébite. C'est alors qu'elle commença à maigrir, et un peu plus tard qu'apparaissaient une éruption sur le corps et un mal de gorge.

Depuis quelques mois, elle a maigri et ses forces l'ont abandonnée. La toux est survenue en même temps qu'une dyspnée considérable.

Elle entre alors à l'hôpital, et à l'examen voici ce que l'on trouve : presque pas d'élévation de température, le pouls est faible ; à l'auscultation de la poitrine, on observe de la submatité et une respiration rude, puis quelques craquements ; tout ceci à droite. Il y a du souffle dans les jugulaires.

Si l'on examine les membres inférieurs de la jeune malade, on aperçoit encore des restes de l'éruption qu'elle a eue. On ne peut méconnaître la nature de cette éruption, qui est nettement de nature syphilitique. Notre malade est donc atteinte de syphilis.

Il s'agit donc maintenant, ce dernier point étant acquis, de se demander si les lésions pulmonaires que nous avons constatées sont dues à la syphilis.

Les formes pulmonaires de la syphilis sont au nombre de trois : 1° gommes ; 2° sclérose du poumon ; 3° sclérose et gommes réunies.

La *gomme* du poumon, qui est ordinairement ronde et de la grosseur d'une tête d'épingle, peut cependant, quoique rarement, atteindre un volume beaucoup plus considérable. Ordinairement la gomme n'envahit qu'un seul poumon. Elle est formée par une enveloppe dure, fibreuse, contenant dans son centre une matière jaunâtre, semi-liquide.

La ressemblance qui existe entre la gomme et le tubercule est remarquable, et il est bien difficile de les différencer. La cellule géante qui semblait appartenir en propre au tubercule se trouve aussi dans la gomme. Mais le follicule tuberculeux ? Eh bien, il y a de même dans la gomme certains éléments qui ressemblent d'une façon étonnante au follicule tuberculeux. Enfin, dira-t-on, le bacille de la tuberculose, le bacille de Koch, ne se rencontre pas dans la gomme syphilitique. Là encore l'interprétation est difficile. Le microbe que Lustgarten a retrouvé dans la syphilis peut être confon-

Digitized by Google

du avec celui de la tuberculose; il n'y a pas entre eux de distinction bien absolue, bien nette.

L'examen à l'œil semble pouvoir donner, chose curieuse, un diagnostic plus certain que les examens bactériologiques. L'enveloppe de la gomme est plus résistante; la gomme se localise sur la surface du poumon, en saillie et principalement à la base de cet organe. On s'aidera aussi de l'examen général du malade, qui pourra présenter ailleurs des lésions syphilitiques.

La *sclérose pulmonaire* est produite par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Cette prolifération fait disparaître les alvéoles et donne lieu à des cicatrices dans l'intérieur du tissu du poumon.

Enfin deux lésions, gomme et sclérose, s'associent quelquefois.

Quoique les symptômes de la syphilis n'aient rien de pathognomonique, on pourra cependant, étant donné leur ensemble et leur association, diagnostiquer la syphilis du poumon.

Dans la gomme, toux sans expectoration, hémoptysies peu abondantes, dyspnée intense que ne justifient pas les lésions perçues à l'auscultation; les signes physiques ne diffèrent pas de ceux de la tuberculose. Nous avons vu plus haut que la syphilis du poumon affectionne la base de cet organe, mais ce n'est pas là une règle absolue, d'autant plus que la tuberculose, rarement il est vrai, peut se localiser aussi à cet endroit.

La syphilis du poumon n'atteint pas l'état général du malade ainsi que la tuberculose. La maladie est d'ordinaire au début peu cachectisée. La syphilis pulmonaire, qui apparaît d'ordinaire deux ou trois ans après l'infection syphilitique, peut cependant se faire jour beaucoup plus tard. Dans le cas qui nous occupe, l'accident primitif semble dater d'un an seulement. Ce serait là un cas de syphilis pulmonaire précoce, comme on en a déjà rapporté deux. Il ne faut pas confondre la syphilis pulmonaire avec la bronchite syphilitique, qui apparaît quelquefois au moment de la roséole.

Pour aider le diagnostic difficile de la syphilis du poumon, il ne faut pas oublier que chez elle il n'y a jamais élévation de la température. On a voulu, à ce sujet, employer la thermométrie locale; elle n'a donné aucun résultat.

L'apparition du bacille de Koch dans les crachats a une grande valeur, mais il faut bien se garder de rien préjuger de son absence. —*Praticien.*

The Times and Register, tel est le titre d'un nouveau journal hebdomadaire résultant de la combinaison du *Medical Register*, du *Philadelphia Medical Times* et du *Dietetic Gazette*, et qui est publié, à Philadelphie, par la Compagnie de la Presse Médicale, sous les auspices de l'Association de la Presse Médicale américaine. Nos meilleurs souhaits.

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JUIN 1889

Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le Bureau des Gouverneurs se réunit à Montréal, le 8 mai, sous la présidence de M. le docteur Hingston.

Sont présents : les docteurs Hingston (président), Hon. J. J. Ross et J. L. Leprohon, vice-présidents, C. E. Lemieux. Rinfret, Parke, L. Larue (régistraire), T. Larue, Dagenais, Mignault, Watters, Marsil, Badeaux, Duchesneau, Guay, Belleau, (secrétaire pour Québec), Lachapelle (trésorier), Desjardins, Simard, Geo. Ross, Labrecque, Longpré, Lafontaine, Turcot, Craik, Paré, Ladouceur, Christie, Rousseau, Gibson et F. W. Campbell (Sec. pour Montréal).

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente réunion.

Le secrétaire informe l'assemblée qu'il a reçu une lettre du docteur Stewart, régistraire de la Faculté de médecine McGill, donnant avis que le docteur Geo. Ross a été choisi pour représenter la dite Faculté dans le Bureau, au lieu et place de feu le docteur R. P. Howard, et qu'avis a aussi été donné par l'Ecole Victoria, que le docteur Desjardins remplace le docteur Durocher.

Le docteur Campbell, secrétaire pour Montréal, se lève et donne lecture de la proposition suivante :

Attendu que le Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a appris avec un profond regret la mort inattendue du docteur Robert Palmer Howard, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, ex-président de ce Collége, un de ses plus anciens membres et aussi, jusqu'au moment de sa mort, un des membres les plus distingués de la profession médicale du *Dominion* et un de ses professeurs les plus éminents ;

Il est résolu que les Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens désirent exprimer combien ils sont sensibles à la grande perte que le Collège et la profession toute entière viennent d'éprouver par la mort du docteur Howard. En même temps ils se font un devoir d'exprimer à madame Howard et à la famille

Digitized by Google

la profonde sympathie qu'ils leur portent dans le malheur qui les frappe.

Cette résolution est appuyée par les docteurs Parke, Lemieux, J. J. Ross et Desjardins qui, tour à tour, font l'éloge du défunt et déplorent la grande perte que le Bureau vient de faire.

Il est proposé par le docteur Longpré et appuyé par le docteur Parke:

Que le Collége désire enregistrer le regret avec lequel il a accueilli la nouvelle de la mort de M. le docteur R. A. Kennedy, un des représentants du Collége Bishop, et exprime le sentiment de gratitude et d'admiration qu'il lui porte en souvenir de sa fidélité à remplir ses devoirs.

Le docteur Hingston annonce que, dans le but de faciliter aux Licenciés de ce Collége les moyens de se faire enregistrer en Angleterre, il a, avec l'assentiment des Gouverneurs, introduit devant la Législature un court amendement à l'*Acte médical* actuel. L'amendement a été adopté et sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur. Il remercie l'hon. Dr Marsil de l'appui qu'il a donné à l'amendement en en facilitant l'adoption au Conseil Législatif.

Le rapport de M. C. E. Lamirande est lu et et consigné aux rapports.

Le secrétaire lit une lettre de M. C. E. Lamirande, par laquelle celui-ci offre sa démission à prendre effet au 1er juillet prochain.

Les rapports des assesseurs des Universités McGill, Victoria, Bishop et Laval sont lus et, étant considérés satisfaisants, sont adoptés.

Le comité dit des *créances* est formé comme suit: docteurs LaRue, Desjardins, Lachapelle et Campbell.

Il est résolu de remettre la nomination d'un remplaçant à M. Lamirande à la première réunion du nouveau Bureau.

Le secrétaire attire l'attention du Bureau sur l'opportunité de prendre arrangement avec le Collége des Médecins et Chirurgiens du Manitoba, à l'effet d'établir la réciprocité des licences. Il est d'avis que rien ne s'oppose à cet arrangement.

Cette affaire, ainsi que la nomination d'un remplaçant à M. Lamirande est déférée à un comité composé des docteurs Hingston, Leprohon, Geo Ross, Marsil et Campbell.

On défère aussi à ce comité la question des difficultés dans lesquelles se trouvent impliqués les membres de ce Collége résidant sur les limites des provinces de Québec et d'Ontario, avec la suggestion qu'on en vienne à un *modus vivendi* en attendant une législation inter-provinciale.

Le Bureau s'ajourne jusqu'à 2 h. p. m.

A la reprise de la séance, M. le docteur Hingston occupe le fauteuil.

Le secrétaire donne lecture du rapport du Bureau des Examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine. Sur 108 candi-

Digitized by Google

dats, 53 ont subi l'épreuve avec succès, 30 ont été refusés sur certains sujets et 23 ont été refusés sur l'ensemble.

Les candidats heureux sont : MM. Aurèle Nadeau, A. Adélard Riverin, J. E. Lamoureux, Eugène Lafontaine, T. Parizeau, E. T. Semple, Hubert Larose, J. C. Bernard, Ovide Chênevert, Louis Jos. Tétreault, L. A. Montpetit, Jos. Pichette, Jos. Labrèche, Jos. E. M. Bessette, Alfred Fréchette, Edmond Brindamour, Elie G. Asselin, Jos. Lavoie, R. L. Paradis, A. S. Deschênes, Omer Milot, Raoul Archambault, Jovite Chagnon, J. L. Warren, Arthur Pratte, Jos. Archambault, Urgèle Bérard, Léon J. N. Ouellet, F. Raymond Giroux, Alfred Lespérance, Camille Bernier, J. P. Bédard, Antoine Duquette, M. J. S. Martel, Eugène Gervais, H. Beauchemin, C. Beausoleil, Clément A. Cholette, Félix Choquet. J. A. Demers, A. H. Denis, Fabien Dussault, L. A. Genest, René Hébert, Louis Lacombe, L. Z. Lajoie, Michel Lambert, Lucien E. Lupien, M. A. McCoy, Anatole Mirault, L. P. H. Nolin, F. X. Sylvestre, Jos. Tremblay, Aimé Vary et J. Schiller.

Le comité dit des créances présente son rapport, et les gradués dont les noms suivent reçoivent la licence du Collége :

Université-Laval : Arthur Potvin, Ls. Philippe Legendre, Michel Gaudiose Giroux, James Foy, Eugène McKay, Emile Ostiguy, Jos Desjardins, Ls. Jos. Désy.

Université Victoria : Henri Lapierre, Cyrille Américc Bernard, Gustave Desy, Jos. A. Riberdy, Auguste Mathieu, Louis Ed. Fortier, Séraphin Boucher, Jos. Emile Fortier, Charles Guilbault, Alex. Biron, Jos. Télesphore D. Fontaine, Léonard Girouard, Jos. Eucharistе Piché, Bénoni Thérien, J. G. Aubry, Omer Helie, Josias D. Sicard.

Université McGill : Albert L. Shanks, F. A. Hopkins, Geo. Gorden Campbell, Geo. Alex. Brown, Thos. McCurdy, Albert E. Vipond.

Université Bishop : Chs. Edward Elliott, Thos. Scott Nichol, Wm Bentley Towle, Jos. McP. Jack.

Melle Elizabeth S. Mitchell, graduée du *Queen's College* (Kingston), L. S. A. London, L. R. C. P. Edin., L. R. C. S. Edin., L. F. P. et S., Glasgow ;

F. N. Wiltshire Robbins, M. R. C. S. Eng., L. R. C. P. London ;

W. A. Goodall, gradué du *Victoria College*, Toronto, M. C. P. & S. Ontario, Lic., K. & O. College Phys., Ireland.

Le comité fait rapport que le docteur J. A. Alfred Hamelin n'est pas dûment qualifié, attendu qu'il n'a pas subi l'examen préliminaire. Le président dit que ce monsieur a suivi des cours de théologie, mais a discontinué ces études pour celle de la médecine. Ce fait, joint au certificat (produit) donné par Mgr l'archevêque Fabre, pourrait être accepté aux lieu et place de l'examen préliminaire.

Digitized by Google

La question étant soumise au Bureau, le vote est pris et le résultat est adverse à M. Hamelin.

Le jury d'examens fait rapport que des deux candidats à l'examen de la licence, l'un s'est retiré et l'autre a été rejeté.

Le jury d'examens pour les Sages-femmes fait rapport que trois candidats se sont présentés, qui ont tous été refusés.

Le Secrétaire attire l'attention sur l'interruption des affaires du Bureau par le fait que le comité des *créances* n'avait pas terminé ses travaux. Il est alors proposé, appuyé et adopté à l'unanimité, qu'à l'avenir les membres du comité des *créances*, conjointement avec les secrétaires, se réuniront le jour précédant l'assemblée du Bureau et parachèveront leur ouvrage ce jour-là, afin de pouvoir mettre leur rapport devant le Bureau à l'ouverture de la séance, et que les dits membres du dit Bureau soient payés au taux ordinaire.

Et la séance est levée à 4.30 p. m. (*Officiel*).

Nous sommes heureux de voir que le Bureau a enfin songé à s'occuper de la question de *réciprocité* inter-provinciale et nous souhaitons qu'il la mène à bonne fin. Seulement, nous avons lieu de regretter que celle des provinces du *Dominion* avec laquelle nous avons le plus d'intérêt à avoir cette réciprocité, est précisement celle avec laquelle il sera le plus difficile de s'entendre, nous voulons parler d'Ontario. Il est certain que Manitoba, non-seulement n'a aucune objection à présenter contre le projet de réciprocité, mais encore est directement intéressée à ce qu'il soit adopté, aussi le sera-t-il sans encombre. La réciprocité avec le Royaume-Uni, à laquelle M. le président s'est employé avec un zèle plein de désintéressement, est tout à l'avantage de la mère-patrie qui pourra en plein liberté déverser sur le Canada le trop plein de ses produits.....universitaires et désencombrer la profession médicale de là-bas pour encombrer davantage la nôtre. Il est probable en effet que, pour dix de nos gradués qui iront chaque année exercer en Angleterre et s'y prévaloir des droits de réciprocité, il y aura cinquante (ou même plus encore) praticiens anglais qui, las de jouer le rôle de meurt-de-faim dans leur noble patrie, viendront tenter fortune au milieu de nous.

Quant à Ontario, elle nous a jusqu'aujourd'hui constamment refusé la réciprocité sous le prétexte que nous n'avons pas, comme elle, un Bureau central d'examinateurs, et que les examens subis par les gradués de nos universités ne sauraient représenter, au point de vue de la valeur et du mérite, les épreuves subies par les siens devant le Bureau central. Ontario n'entend pas badiner sur ce sujet et s'il arrive à un des nôtres pratiquant sur la limite des deux provinces d'aller exercer dans Ontario, on vous l'appréhende au corps et on vous l'emprisonne sans plus de cérémonie, sans

Digitized by Google

préjudice d'une forte amende. N'est-ce pas que c'est gentil? Et quand il prend envie à un gradué d'Ontario de venir exercer parmi nous, notre Bureau, obéissant à la lettre de la loi, se met à plat ventre devant lui et lui octroie la licence du Collége avec toute la bonne grâce dont il est capable! Evidemment nous avons besoin d'un *modus vivendi* un peu plus en rapport avec nos intérêts. Deux moyens sont à notre disposition et nous espérons que le nouveau Bureau aura assez de souci de sa dignité pour adopter l'un ou l'autre : organiser un Bureau central, ou bien exiger que tous les gradués d'Ontario subissent un examen sérieux avant que de recevoir leur licence.

***

Encore un peu plus, et l'on accordait la licence *ad praticandum* à un gradué qui n'avait pas subi l'examen préliminaire. Il est vrai que ce gradué avait suivi un cours de théologie et qu'il était porteur d'un *certificat* de Mgr l'archevêque de Montréal. Nous voudrions bien savoir ce que les études théologiques et le certificat précité pouvaient avoir à faire dans le cas présent. Ce qui nous surprend bien un peu, c'est de voir que M. le président du Bureau, gardien naturel des intérêts et des priviléges du Collège, ait cru devoir émettre l'opinion que *cela pourrait être accepté au lieu et place de l'examen préliminaire.* Il y en a assez, Dieu merci, qui ont ainsi obtenu leur licence grâce à un acte de la législature ou autrement. Si nous avons des règlements et des obligations ils doivent être les mêmes pour tous sans exception.

***

Un jeune candidat,—fruit sec d'une Faculté qui ne l'a pas jugé en état de recevoir un diplôme, se présente pour subir l'examen requis des candidats à la licence.

—Dites nous, monsieur, à quelle dose se donne l'huile de croton.

—A la dose d'une cuillerée à soupe.

—Hem! et faut-il répéter la dose?

—Oui, au bout de trois heures.

La séance est ajournée *sine die.*

La réunion triennale du Collége des Médecins et Chirurgiens

Nous rappelons une dernière fois à nos lecteurs que la réunion triennale du Collége des Médecins et Chirurgiens aura lieu à Québec, le deuxième mercredi de juillet prochain, et que pour avoir droit de voter aux élections qui s'y feront, tout membre devra avoir payé sa contribution pour l'année courante (1889) ainsi que les arrérages s'il en a. Ceux à qui il sera impossible de se rendre à l'assemblée pourront cependant, comme les années précédentes, voter *par procuration.*

Digitized by Google

Nous avons déjà, dans notre livraison de mars dernier, exposé notre manière de voir au sujet des réformes qu'il serait urgent de faire subir à notre *Acte médical.* Ceux qui ont l'habitude de nous lire savent que nous avons toujours envisagé au point de vue de l'intérêt général seulement, les amendements que l'on a tenté, de temps à autre, d'introduire dans notre législation. C'est aussi à ce point de vue que nous nous plaçons aujourd'hui pour demander une fois encore la création d'un Bureau central d'examinateurs pour l'admission à la pratique. La profession s'est déjà plus d'une fois montrée favorable à ce projet et l'a approuvé par plusieurs votes. Elle l'approuve encore, nous en sommes persuadé, et en verra l'adoption avec une vive satisfaction.

La création d'un Bureau central d'examinateurs s'impose nécessairement à la pensée de tous ceux qui ont intérêt à voir se relever le niveau des études profesionelles. Aujourd'hui, aux Etats-Unis même, des projets de loi sont présentés à la législature de plus d'un Etat, demandant la formation d'un semblable Bureau. Dans l'Etat de Pensylvanie, entre autres, on est à élaborer un *bill* dans ce sens. La question vient d'être soulevée dans le Maryland, et nous sommes heureux de dire que c'est sur l'initiative d'un ci-devant montréalais, M. le professeur Osler. Le premier acte public de M. Osler en arrivant à Baltimore (où, comme on le sait, il occupe la chaire de clinique médicale à l'hôpital Johns Hopkins), a été une conférence devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland, conférence dont le but principal a été de démontrer la nécessité d'établir dans chaque Etat de l'Union un Bureau central pour l'examen des candidats à la pratique de la médecine. Le savant professeur a même cité, à l'appui de sa thèse, l'exemple d'Ontario où un Bureau central existe depuis 1866 et fonctionne à la satisfaction de tout le monde.

Comme la question est très importante, qu'elle touche aux intérêts les plus intimes de la profession et qu'elle a été traitée à fond et de main de maître par M. le docteur Osler, nous nous ferons un devoir de publier en entier dans notre prochaine livraison le discours du savant professeur de l'université Johns Hopkins. Ce sera, croyons-nous, notre meilleur argument en faveur du Bureau central.

Pathologie et traitement de la diphthérie.

Les récentes découvertes de MM. Roux et Yersin au sujet de la diphthérie et de son microbe, découvertes qui ne sont, à tout prendre, que la confirmation de celles de Klebs, Talamon, Lœffler et autres, viennent de faire enfin le jour sur cette partie restée jusqu'ici passablement obscure de la pathologie infantile, et l'on

Digitized by Google

peut aujourd'hui, en toute sécurité, considérer comme acquis les faits suivants :

La diphthérie est une maladie à microbe; on peut la définir, avec Jules SIMON, une maladie caractérisée par des fausses membranes contenant le microbe ou bacille auquel Klebs a attaché son nom. Tous les symptômes de la diphthérie ont le bacille pour point de départ. La maladie est d'abord locale; il y a production de fausses membranes primitivement au point d'innoculation ou d'implantation du microbe. Ces fausses membranes, chargées pour ainsi dire de bacilles, restant en contact avec la muqueuse pendant un certain temps, le microbe se multiplie, et de plus, fait très important, il sécrète un principe toxique qui, résorbé par la muqueuse malade, donne lieu (surtout si elle l'est sur une grande étendue par suite de la propagation de la fausse membrane) à des symptômes graves d'infection générale caractérisant ce qu'on peut appeler la diphthérie infectieuse ou toxique. Sur ces divers points, les données de la science, telles qu'exposées par MM. Roux et Yersin, sont entièrement d'accord avec l'observation clinique dont elles sont l'éclatante confirmation. Il est également prouvé que la diphthérie n'est pas inoculable par le contact d'un produit diphthéritique avec une muqueuse intacte. Il est nécessaire de léser cette muqueuse, mais il suffit de la lésion la plus légère, une bénigne angine *a frigore*, par exemple, peur érailler la muqueuse du pharynx et favoriser l'inoculation du bacille.

Voilà les faits en résumé, tels que confirmés à maintes reprises, et par les expériences sur les animaux, et par la clinique. Que faut-il en déduire au point de vue du traitement ?

Tout d'abord, faire de la prophylaxie: isoler les malades, éviter le contact des sujets atteints avec les individus sains, traiter immédiatement par des moyens appropriés tout mal de gorge, même le plus bénin, toute affection quelconque de la muqueuse naso-pharyngienne.

La maladie étant confirmée et reconnue, il faut se hâter de détacher les fausses membranes, (ayant grand soin, toutefois de ne pas excorier la muqueuse sous-jacente), au moyen d'applications antiseptiques : pulvérisations, insufflations, irrigations, badigeonnages, etc., avec le tannin, l'acide salicylique, le jus de citron, l'acide phénique, l'eau chloroformée, le sublimé, l'aseptol (phénol, 100 parties, acide sulfurique, 90 parties,) le thymol, le perchlorure de fer. Ce traitement local doit être continué, *mutatis mutandis*, tant que la fausse membrane ne s'est pas détachée et que la muqueuse, restant excoriée, offre un accès facile à la résorption du poison diphthéritique.

Si, en dépit de tous les efforts, le poison élaboré par les bacilles a été résorbé et exerce ses ravages dans l'économie, il faut en favoriser l'élimination. Inutile de chercher à le combattre directement dans le sang, aucun médicament antiseptique ne saurait atteindre

Digitized by Google

ce but. L'élimination se fait surtout par la voie intestinale et la voie rénale : par l'intestin, au moyen des purgatifs (purgatifs salins, rhubarbe, séné, etc.) ; par le rein, au moyen des diurétiques vasculaires (digitale, strophantus, spartéine, etc),

Avec cela, alimentation riche et tonique, diète généreuse, stimulants au besoin.

Nous ne prétendons pas avoir, dans le rapide exposé qui précède, traité à fond et épuisé le sujet toujours très intéressant de la pathologie et du traitement de la diphthérie. Nous avons seulement tenu à mettre sous les yeux de nos lecteurs, en peu de phrases, le dernier mot de la science sur la nature intime de cette maladie et en déduire quelques conclusions pratiques en rapport avec le traitement. Sur ce dernier point en particulier il y a encore beaucoup à dire, surtout au sujet du traitement local, le seul important à proprement parler, puisqu'il s'adresse au point de départ même de l'affection et que de son succès ou de son insuccès dépend la marche bénigne ou aggravée que devra prendre le processus pathologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PAJOT.—**Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie** précédés d'éléments de pratique obstétricale, par M. le professeur PAJOT. Deuxième édition revue et augmentée. 1889. Octavo royal de 800 pages. Les questions que le professeur y traite sont: Les difficultés du diagnostic de la grossesse. Mécanisme de tous les accouchements—Céphalotripsie—Embryotomie—Forceps—Fausses routes vaginales — Endométrite — Stérilité — Obstacles à la fécondation, etc. En vente chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

MARTIN.—**Traité clinique des maladies des femmes** par le Dr. AUG. MARTIN, privat-docent de gynécologie à l'Université de Berlin, traduit sur la deuxième édition allemande par les Drs. H. Varnier et Fr. Weiss—Préface par S. Pozzi, agrégé à la Faculté de Paris —210 gravures sur bois—octavo-royal de 658 pages—1889—Chez G. Steinheil, éditeur 2 Rue Casimir Delavigne, Paris.

PINARD.—**Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes,** par A. PINARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 37 figures dans le texte et préface de M. le Professeur PAJOT.—Deuxième édition 1889—Octavo royal de 400 pages chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

Digitized by Google

TUFFIER.—**Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein —néphrectomie—néphrorrhaphie—néphrotomie—urétérotomie** par Th. TUFFIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. Octavo-royal, 166 pages—1889—chez G. Steinheil, éditeur—no. 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

POUSSON.—**Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie.—Exposition, comparaison.—Appréciation des méthodes et procédés opératoires**, par Alfred POUSSON, professeur agrégé à la faculté de Bordeaux—in 8. 156 pages 1889—G. Steinheil, éditeur—2 rue Casimir Delavigne, Paris.

FRIOT.—**Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations**, par le Dr. ALBERT FRIOT (de Nancy), G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne. Paris. 1889.

Extra-uterine pregnancy :

I. *Its Pathology.* By FRANKLIN TOWNSEND, M.D.
II. *Its Diagnosis.* By JOSEPH PRICE, M.D.
III. *Its Treatment.* By E. E. MONTGOMERY, M D.
IV. *Observations—Clinical, Pathological and Surgical.* W. H. WATHEN, M.D.
V. *A Critique of its Management.* By J. M. BALDY, M.D.
VI *The Technique of the Operation.* By JOHN B. DEAVER, M.D.
VII. *Its Management when the Fœtus Survives Tubal Rupture and goes on to the Period of Viabilitg.* By L. S. MCMURTRY, M.D.
VIII. *Its Treatement (concluded).* By A. VANDER VEER, M.D.

A Discussion from the Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynecologists, 1888. Together with an Editorial Review of Tait's *Ectopic Pregnancy and Pelvic Hematocele*, from the *Buffalo Medical and Surgical Journal.* Philadelphia: Wm. J. Dornan, 1889. Price, 75 cents.

Once a week.—Journal hebdomadaire illustré. Cette publication, absolument unique en son genre, est ce que nous pourrions appeler le miroir fidèle de la société et du *high-life* américain. Chaque article est très bien soigné et vaut à lui seul dix fois plus que le prix d'abonnement de toute l'année. *Once a week* se distingue de ses nombreux confrères par un trait caractéristique. Il publie chaque semaine, en entier, sous forme de supplément, tout un roman emprunté à la littérature américaine ou étrangère, le tout formant un numéro de 48 pages, in-folio, très compactes. —Abonnement : $4.20 par an, ou $4.00 si payé d'avance ; chaque No. se vend 10 centins. Adresse : P. F. Collier, propriétaire, 104 à 110, Attorney str. New-York.

Digitized by Google

Le Monde Illustré.—Journal hebdomadaire illustré, publié à Montréal. Berthiaume & Sabourin, propriétaires. Bureaux : 40 Place Jacques-Cartier. Abonnement : Un an, $3.00 ; six mois, $1.50.

Le *Monde Illustré* est le seul journal illustré de langue française publié en Canada. Il a sa place toute trouvée dans le salon d'attente du médecin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les anciens internes du *Charity Hospital*, New-York, au nombre de cinquante, viennent de se former en association à l'exemple de ceux de l'hôpital Bellevue.

Le *British Medical Journal* nous informe que *l'Association médicale britannique* tiendra sa 57e réunion annuelle à Leeds, les 13, 14, 15 et 16 août 1889.

M. le professeur BARTHOLOW vient de publier, chez Appleton, la septième édition de son *Traité pratique de matière médicale et de thérapeutique.* La première édition de cet ouvrage, aujourd'hui indispensable à tout praticien, ne date que de juin 1876.

C'est avec un très vif plaisir que nous avons reçu le numéro de la *Gazette de Gynécologie* portant la date du 1er avril 1889. Après un repos de quelques mois, notre distingué confrère, M. le docteur P. Ménière reprend la publication de son intéressant journal. Nous le félicitons de son rétablissement et le complimentons de s'être adjoint, comme secrétaire de la rédaction, M. le docteur Gaudin dont on nous a déjà vanté les hautes qualités scientifiques.

La livraison de mai des *Annals of Surgery* publie comme article de fond, le rapport, par le docteur J. R. FOWLER, de Brooklyn, d'un cas unique de tumeur emphysémateuse du cou causée par une hernie de la plèvre au cours d'un pneumothorax Le rapport est accompagné d'une blanche lithographiée et d'une photogravure. Les articles éditoriaux ont trait aux sujets suivants : Blessures du cœur, traitement des abcès cérébraux, cancer du larynx, traitement de l'hypertrophie prostatique par l'électrolyse. Le département consacré aux progrès de la chirurgie est très bien fourni et contient une série intéressante d'analyses empruntées aux publi-

Digitized by Google

cations américaines et étrangères, au nombre d'environ quarante. Puis vient la revue bibliographique, toujours bien alimentée. Les *Annals* tiennent toujours le premier rang comme publication scientifique et sont devenues une *nécessité* pour tout praticien soucieux de se tenir au courant des progrès de la chirurgie.

Association des internes de l'hopital Notre-Dame.—La quatrième réunion mensuelle des internes de l'hôpital Notre-Dame aura lieu à l'hôpital, jeudi, le 20 juin, à 8.30. P. M.

Ordre du jour : *L'antisepsie obstétricale.—Traitement des douleurs post-puerpérales.*

Nécrologie.—CANADA : A St-Roch de l'Achigan, M. le docteur Tellier LAFORTUNE.

ETRANGER : A. Bordeaux, M. le docteur DENUCÉ, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux.—A Nantes, M. A. HERBELIN, professeur de pharmacie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Va et vient.—M. le J. LAFOREST, retour de Paris et Londres où il a suivi les leçons des gynécologistes du jour, exerce à Montreal depuis le 1er mai.—M. le Dr. C. N. BARRY s'est transporté au No. 1715 rue Ste-Catherine.—M. le Dr. R. BENOIT, ancien interne à l'hopital Notre-Dame, a ouvert son cabinet de consultation au No. 141 rue St-Laurent.—M. le Dr. E. P. LACHAPELLE, président du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, se transportera, le 1er juillet, au No. 476 rue Sherbrooke, entre les rues Ste-Elizabeth et des Allemands.—M. le Dr. A. DAVID, ancien interne de l'hopital Notre-Dame, a laissé Burlington pour revenir à Montréal (437 rue St-Denis.)

Association médicale du Canada.—M. le Dr. Bell, secrétaire-général de l'Association, nous informe qu'à l'occasion de la réunion à Banff, la Compagnie du chemin de fer le Grand-Tronc, offre aux membres de l'Association, désirant voyager par cette ligne, des avantages égaux à ceux offerts par la Compagnie du Pacifique. Les membres résidant près d'aucune station du Grand-Tronc pourront donc tout de même se rendre à Banff au même prix que ceux faisant tout le trajet par le Pacifique. Ceux qui résident au centre de la province d'Ontario peuvent de la sorte venir joindre le train d'excursion à North Bay.

Les médecins désireux de faire le voyage devront s'adresser à M. le docteur BELL pour en obtenir le certificat attestant leur qualité de délégués. Ils devront y mentionner le nombre de leurs compagnons de voyage s'ils en ont. Les billets émis sur réception de ces certificats ne seront valables pour le voyage en question que si le trajet de Montréal ou autre lieu à Banff est terminé le 13 août.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

La licence pour l'exercice de la médecine.

Discours prononcé devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland,

par William Osler, M. D.,

professeur de pathologie interne à l'Université Johns Hopkins, Baltimore.

M. le Président,

Messieurs,

Je n'ai pas, je crois, d'excuses à vous faire pour avoir choisi comme sujet de ce discours : " La *licence* pour l'exercice de la médecine," car j'estime que cette question est de nature à intéresser tout le monde, riches et pauvres, hautes et basses classes, hommes de profession et simples citoyens. Je sens également que ce sujet doit être traité avec toute la délicatesse avec laquelle on est dans l'habitude de traiter les questions brûlantes et en rapport avec lesquelles on professe des idées tout-à fait opposées. Néanmoins, comme c'est là la véritable question du jour, elle demande à être examinée à fond, et ceux qui ont à son sujet des opinions arrêtées doivent les affirmer sans ambages. Je n'ai pas eu l'occasion d'interroger, sur une question qui touche de si près pourtant à leurs droits, les membres de cette vieille et honorable Faculté, mais j'ai su que, il y a trois ans, un *bill* pourvoyant à l'établissement d'un Bureau d'État (*State Board*) a été rejeté par la législature, d'où je conclus que vous devez en avoir entendu parler souvent. Je me sens donc d'autant plus encouragé à parler librement aujourd'hui, que je m'adresse à des hommes qui ont longuement et mûrement réfléchi à la solution de ce problème, qui en connaissent les difficultés et en apprécient l'importance.

Dans ce pays, un individu peut se choisir l'état qu'il lui plaît ; il n'est soumis, en cela, qu'aux restrictions jugées nécessaires pour le salut public. C'est l'Etat qui se trouve investi du droit de légiférer sur l'exercice de la médecine, et je crois généralement admis que ce droit lui est conféré en vertu du pouvoir général qu'il a de protéger la vie et la personne des citoyens. Aujourd'hui, ce droit s'exerce bien différemment dans les divers Etats. Dans plusieurs d'entre eux, il n'y a pas du tout de règlement. Exerce la médecine qui veut, si peu qualifié qu'il puisse être. Dans la majorité des Etats, cependant, il y a des règlements qui exigent de la part du praticien la preuve qu'il a étudié, pendant une période plus ou

Digitized by Google

moins longue, dans une école incorporée. Pratiquement, la règle générale est que, muni du diplôme d'une école incorporée, tout gradué peut exercer aussitôt, n'étant tenu qu'à se faire enregistrer. Ici, l'éducation à laquelle pourvoit l'Etat ne va pas au delà des écoles communes et normales, quoiqu'en certains endroits, cependant, on fasse des efforts pour donner une éducation universitaire. Les maisons d'éducation spéciale ne sont pas soutenues par les deniers publics. Toutes les écoles de droit, de médecine, de génie civil, de théologie et autres branches spéciales sont des entreprises privées, ayant obtenu leur charte de l'Etat, et maintenues par le revenu des élèves ou par la munificence d'amis particuliers. L'Etat accorde à ces institutions certains priviléges dont le plus important, en ce qui concerne les écoles de médecine, est la reconnaissance du diplôme comme conférant le droit d'exercer l'art médical. Cependant, ce système s'est montré si peu satisfaisant, qu'il y a, au sein du public et de la profession même, un sentiment qui lui est entièrement hostile et un besoin pressant d'en venir à des changements radicaux, comme cela se prouve, du reste, par le nombre d'Etats à la législature desquels des projets de loi sont présentés en rapport avec cette question.

On s'accorde unanimement à comprendre que la base fondamentale d'une semblable législation est la nécessité de protéger le public contre les méfaits des gradués ignorants et des charlatans. Le but est d'exiger que toute personne se destinant à la carrière de médecin et chirurgien soit qualifiée à ce faire par une épreuve ou examen suivant un programme minimum déterminé.

Tandis que, d'un côté, les législatures sont toutes prêtes à donner leur concours à toute mesure nécessitée par le bien du public, d'un autre côté, elles ne veulent pas (et il est juste qu'il en soit ainsi) accorder une législation pour chaque *classe*, et c'est là une des principales difficultés.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des praticiens, nous trouvons que la très grande majorité appartiennent à l'école dite régulière, ou vieille école. Un petit nombre seulement suivent la doctrine de Hahnemann. D'autres enfin, peu nombreux eux aussi, n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces classes, mais, leur empruntant à chacune, professent un éclectisme judicieux. Ces trois corps ont chacun leurs écoles, leurs journaux de médecine et une organisation plus ou moins complète dans chaque Etat. Aux yeux de la loi (laquelle ne se mêle pas de nos théories et systèmes) toutes sont égales. Cette déplorable division du corps médical n'est pas limitée aux affaires purement professionnelles, mais se complique de questions de déontologie très importantes, et le résultat final est qu'il y a des camps hostiles et que l'on se fait une guerre acharnée.

Les homéopathes et les éclectiques s'accordent avec nous, je crois, pour admettre la nécessité d'un *curriculum* complet sur les

Digitized by Google

grandes branches de la médecine : anatomie, physiologie, chimie, histologie, embryologie, médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie et médecine légale. La différence ne se fait sentir que quand on touche à la thérapeutique, sujet à propos duquel il existe des divergences d'opinions si grandes, même parmi les divers membres de chaque école respectivement. Ce sentiment (de pure déontologie la plupart du temps) est cependant si fort, que les divergences d'opinion, sur ce seul sujet, suffisent à diviser absolument les différentes classes de praticiens, et il est tout naturel qu'il en soit ainsi.

Il est impossible de se dissimuler le fait que, aux yeux de la loi, nous sommes tous égaux, et que si nous voulons une législation qui soit de nature à protéger le public, nous devons nous unir pour la demander. Je sais que c'est là une pilule bien amère à avaler; le palais s'y refuse tout naturellement, mais c'est une question qu'il faut discuter et résoudre carrément. Quand on songe aux neuf ou dix sujets qui nous sont communs avec les homéopathes, nous pouvons bien, dans l'intérêt du public, enterrer nos animosités et convenir d'être en désaccord au sujet de la thérapeutique.

Pour ce qui est de la *licence* pour l'exercice de la médecine, trois modes sont en présence : 1o. Continuation du mode actuel (le plus généralement adopté à l'heure qu'il est) d'après lequel le Collége est constitué juge de la capacité du candidat, l'Etat n'intervenant que pour examiner et enrégistrer les diplômes s'il sont émanés par des écoles légalement incorporées ; 2o. Nomination, par l'Etat ou ses délégués, d'un bureau d'examinateurs qui examineront tous les candidats à la licence, sans s'occuper des diplômes ; 3o. Organisation de la profession toute entière de chaque Etat en un corps électoral qui enverra des députés à un parlement central, lequel contrôlera toutes les questions en rapport avec l'enseignement de la médecine, les examens et l'enregistrement.

Ces trois divers modes sont actuellement en opération en divers endroits du continent ; voyons quel en est le fonctionnement, et pour commencer, parlons des Colléges qui, depuis nombre d'années, ont exercé un monopole absolu, attendu que le diplôme comportait le droit d'enregistrement.

A tous les points de vue, les écoles de médecine en ce pays sont des entreprises particulières, gérées dans l'intérêt des professeurs, lesquels, presque sans exception aucune, sont directement intéressés à ce que les élèves soient nombreux. Plus il y a d'élèves et de gradués, plus il y aura d'argent encaissé et plus sera élevé aussi le revenu des professeurs. Une partie de la recette est employée à couvrir les dépenses courantes et à payer l'intérêt sur l'argent appliqué aux fins d'éducation, et le reste est partagé entre les vers membres du corps enseignant. Ces corporations à chartes sont absolument irresponsables, et ne sont sous le contrôle et la

Digitized by Google

surveillance ni de l'Etat, ni de la profession, ni du public. Il ne serait pas difficile, et cela sans crainte d'essuyer un échec, de les accuser de n'agir que dans leur propre intérêt et non dans celui du public, mais il n'est plus temps d'y songer. Néanmoins, il est étonnant de penser que tant d'hommes distingués sous tous les rapports, possédant un esprit cultivé et des idées larges, préfèrent encore et même vantent hautement les avantages de cette non-responsabilité qui a fait que le système d'enseignement médical adopté aux Etats-Unis est devenu la risée du monde entier.

Que l'on me comprenne bien. Ces hommes sont, dans beaucoup de cas, ceux-là même que nous nous plaisons à honorer et dont les noms dureront autant que la médecine américaine. Cependant, pour un esprit impartial, il ne peut y avoir d'hésitation à affirmer que le système qu'on a laissé se développer au milieu de nous a fait et fait encore un mal irréparable. Mais on peut soutenir aussi, de la part des écoles, qu'elles sont ce que le professeur veut qu'elles soient. Le courant ne s'élève pas plus haut que sa source. Je ne pense pas que ce mode soit encore bon aujourd'hui. Et il n'est pas besoin d'une grande somme de connaissances pour se rendre compte du fait qu'il se développe actuellement, par tout le pays, un désire sincère de soutenir un enseignement médical plus élevé. Ce désir est né du succès qui a couronné les efforts des grandes écoles dans ce sens, lesquelles écoles ont exigé trois années de cours.

Ici, je rappellerai à ces médecins qui parlent bien haut de réforme médicale, de l'égoïsme des professeurs, et de la difficulté qu'il y a à faire progresser les écoles, je rappellerai, dis je, que la chose dépend beaucoup du plus ou moins d'encouragement qu'ils donneront eux-mêmes à celles de ces écoles qui font des sacrifices réels pour élever le niveau de l'enseignement. Si, par exemple, l'Université de Pensylvanie ou de Harvard, ou le Collége des Médecins et Chirurgiens de New-York, ou l'Université du Maryland, allaient étendre leur cours d'études à quatre années, il n'est pas douteux qu'il y aurait à chacune de ces écoles, une diminution du revenu par suite de la diminution du nombre des étudiants ; et cela est si vrai qu'il deviendrait impossible de faire fonctionner ces grands établissements sur le même pied qu'à présent. Evidemment, ce serait un véritable suicide pour ces institutions que de consentir, sans la garantie d'une assistance extérieure, à exposer des intérêts d'une telle importance. Mais si, d'un autre côté, ces médecins qui, par toute l'étendue du pays sont si en faveur d'un cours de quatre années comme étant le temps le plus court durant lequel un homme puisse acquérir une connaissance suffisante de la science et de l'art de la médecine, si, dis-je, ces médecins dirigeaient leurs élèves vers ces institutions, (et nous savons tous quelle influence a le médecin en ces matières) le problème serait immédiatement résolu.

Digitized by Google

Trop souvent les facultés des colléges semblent prises de frayeur quand on leur suggère de prolonger le cours d'études et d'élever le niveau de l'enseignement.

Cependant un simple coup d'œil jeté sur l'histoire du mouvement depuis 1871 et 1872, alors que Harvard l'inaugura si noblement, devrait convaincre tout le monde que même pour des considérations tout à fait secondaires ce mouvement devrait être couronné de succès. Vous n'avez qu'à examiner la condition des écoles qui ont marché de l'avant pour voir qu'elles ont déjà recueilli le fruit de leurs efforts. Je ne dis pas que ces écoles soient dans tous les cas les plus prospères au point de vue du nombre des élèves. A Dieu ne plaise, car cela ne prouve absolument rien. Mais considérez l'organisation des laboratoires, la manière dont elles remplissent le programme des études, l'enseignement pratique et le développement de la partie clinique, et je dis, sans crainte d'être contredit, que ces écoles ont obtenu une belle et juste récompense. Et pourtant, ces écoles sont celles là même qui demandent le plus hautement des réformes plus grandes encores, montrant par là combien il est dangereux de réveiller les consciences endormies et d'abandonner la conviction qu'un cours de deux années est suffisant pour la plus grande partie des étudiants américains. Mais en dépit de tout ce qui a été fait, en dépit de l'agitation qui a été si active durant les dix dernières années, il faut confesser cette triste vérité qu'une grande proportion de médecins reçoivent chaque année leur diplôme après un cours de deux années seulement.

A ne juger que par les prospectus et les annonces, presque toutes les écoles où le cours est de deux ans exigent trois années dont une, est-il dit, peut être passée chez un médecin. Or il est notoire que dans ces écoles la grande majorité des étudiants reçoivent leurs degrés à la fin de leur deuxième année d'études et il est tout aussi notoire qu'il n'y a pas cinq pour cent des cas dans lesquels l'élève a passé une année préliminaire chez un médecin, où l'on puisse dire que cette année ait été effectivement et de bonne foi consacrée à l'étude de la médecine. Cela équivaut à dire qu'un élève entre à l'université sans avoir subi aucun examen préliminaire sérieux, disons le 1er octobre de l'année courante, et dix-huit mois, ou plutôt dix-sept mois après, à peu près vers mars 1891, on le lâchera dans le public. Dix-huit mois auront suffi pour acquérir une des sciences les plus ardues et pour se préparer à exercer une des professions les plus difficiles auxquelles l'homme puisse être appelé ! Chacun de nous, messieurs, sait que ce sont là des faits et des faits lamentables. Néanmoins, on est si aveugle sur ce point, et si attaché à ce système vicieux, que j'ai vu des médecins à grande clientèle, hommes habiles et instruits, collaborateurs à des journaux de médecine, haut placés dans l'estime de leurs confrères, permettre à leurs fils de suivre les cours de deux ans. Repré-

Digitized by Google

sentez-vous, si vous le pouvez, la condition intellectuelle d'un tel gradué : un amas confus de théories, un véritable chaos de notions soi-disant pratiques recueillies çà et là ! Mais cette question a un côté tragique qui laisse tout le reste complètement dans l'ombre. Le sang bout à la seule pensée que d'année en année on envoie, sous le nom de médecins, des centaines d'hommes qui n'ont jamais assisté à un seul cas d'accouchement et qui ignorent absolument les maladies les plus ordinaires qu'ils peuvent être appelés à traiter, des hommes qui peut-être n'ont jamais vu l'intérieur d'une salle d'hôpital et qui ne sauraient distinguer le triangle de Scarpa de la plante du pied. Et pourtant, messieurs, c'est là le triste état de choses dont certains professeurs ont l'audace de demander le maintien en vous demandant de continuer à confier des intérêts si sacrés à des mains si indignes. Doit-on s'étonner, après cela, qu'il y ait dans le public un sentiment universel de défiance envers l'éducation professionnelle, et que le pays soit entre les mains des charlatans et des imposteurs.

Mais la prédiction est là, écrite sur le mur, l'interprétation en a été donnée, et la prophétie est en train de s'accomplir. Pas n'est besoin de la vision d'un fils de Beor pour prédire qu'avant dix ans, dans pas un seul Etat de l'Union le diplôme ne conférera le droit de pratiquer, et c'est alors que luira l'aurore d'une autre vie pour la profession médicale en ce pays. Cela arrivera quand auront cessé d'exister et la compétition illimitée entre les colléges et l'absence totale de toute contrainte professionnelle et légale.

D'après le deuxième mode, l'enregistrement est entièrement confié à des examinateurs nommés par le gouverneur ou par les sociétés de médecine de l'Etat. Un bureau de ce genre doit, pour être de quelqu'efficacité, constituer la seule porte d'entrée de la profession. Pratiquement, le fonctionnement ne présente aucune difficulté, comme cela peut se voir dans les Etats de la Caroline du Nord, de la Virginie et du Minnesota, et le Bureau en question constitue une barrière efficace contre l'invasion des gradués de deuxième ou troisième ordre. Avant peu d'années, ce mode sera adopté en bien des endroits. Il a l'avantage d'être très simple dans son mécanisme et de comporter des attributs bien clairement définis. Mais ses pouvoirs sont encore trop limités, et il ne peut exercer aucun contrôle sur l'instruction tant préliminaire que spéciale, comme cela devrait être cependant dans chaque Etat.

Le rapport du Bureau des examinateurs de la Virginie pour les quatre années terminées en octobre 1888 est un excellent exemple du bien que peut faire un semblable Bureau. Sur 240 candidats, 54 (22½ p. 100) furent refusés et ce percentage serait certainement beaucoup augmenté si on exigeait des épreuves pratiques sur les branches pratiques.

En troisième lieu, enfin, je pense qu'un mode plus parfait, s'il

Digitized by Google

est plus difficile à organiser, sera aussi plus pratique et possèdera le grand avantage de confier le contrôle de la profession aux mains des praticiens, et de mettre fin pour toujours au règne des colléges, qui est aussi le règne de la minorité.

Au point de vue théorique, il n'est pas douteux (surtout dans les centres démocratiques) qu'un Bureau d'Examinateurs devrait être électif et non pas nommé par le Gouverneur ou les sociétés. Un Bureau électif est en réalité un parlement médical ayant pour attributs de prendre connaissance de toutes questions se rapportant à l'enseignement de la médecine et peut-être aussi, quoique je n'en sois pas bien sûr, de toutes questions de santé publique, dans les limites de l'Etat. Les assemblées de districts ou des autres divisions territoriales qui pourraient être créées, enverraient un, ou peut-être deux représentants au Bureau (suivant le nombre des médecins habitant chaque district). Les électeurs seraient tous les praticiens, sans distinction d'écoles, qui se seraient fait enrégistrer à une date fixée. Celui qui, même sans diplôme, aurait pratiqué pendant un certain temps devrait, dans ces circonstances, être reconnu et avoir la permission de se faire enregistrer.

Le Gouverneur de l'Etat émettrait le premier ordre pour l'élection, ce qui, dans la suite, serait la prérogative de l'exécutif du Bureau. Il serait d'abord nécessaire d'avoir, de chaque district, des membres élus par au moins trois des classes qui, à présent, constituent les praticiens. La représentation serait *per capita*, le nombre des constituants dans chaque électorat devant être préalablement déterminé. Le terme d'office du Bureau serait, au moins, de quatre ou cinq ans, et les membres seraient susceptibles d'être réélus. Faite au scrutin secret, une telle élection ne présenterait pas la moindre difficulté. Il y aurait, comme de raison, une cabale active, et peut être, plusieurs nominations dans chaque district Bien que cela pût donner lieu à des intrigues politiques etc., je pense qu'en somme, on trouvera qu'une élection peut se faire d'une manière assez honnête. Les universités et les écoles seraient amplement représentées dans le Bureau. A une telle organisation on pourrait, je crois, remettre le contrôle de toute matière se rapportant à l'enseignement médical dans l'Etat. Elle correspondrait aux sociétés légales et aux conventions et synodes des diverses dénominations religieuses. Les pouvoirs de ce Bureau seraient définis avec soin par les législatures, et se rapporteraient en premier lieu à l'instruction préliminaire ; deuxièmement à l'examen et à l'enregistrement des candidats pour admission à la pratique ; et, troisièmement, au règlement de toutes questions se rapportant à la discipline professionnelle. Les dépenses nécessaires seraient défrayées premièrement par les commissaires payés par les candidats pour l'examen ; deuxièmement par une légère taxe annuelle imposée à tous les praticiens enregistrés. Un tel corps pourrait espérer voir se fonder, dans chaque Etat, un établissement perma-

Digitized by Google

nent, avec des édifices installés convenablement pour l'examen, et possédant tout ce qu'il faut pour conduire, d'une manière régulière et systématique, les affaires de la profession.

La première fonction importante du Bureau serait de déterminer quelle sera la plus petite somme d'instruction à exiger des candidats à l'étude de la médecine. Il est tout à fait légitime que la profession puisse, par ses représentants, déterminer les qualifications requises de tous ceux qui désirent étudier l'art de guérir. Cela a été reconnu pour le Droit, et je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas de même pour nous. On pourrait ainsi obtenir une garantie d'uniformité qu'on ne saurait attendre dans les écoles. Les examinateurs, à l'épreuve préliminaire, devraient être des professeurs indépendants et non des hommes de la profession, et les examens devraient avoir lieu dans différentes parties de l'Etat. Le temps de l'étude daterait de la passation de l'examen préliminaire. Une pareille mesure serait efficace pour empêcher l'admission de ceux dont l'éducation a été telle qu'ils ne pourraient dans la suite se rendre maîtres des sujets de l'étude professionnelle.

L'examen et l'enregistrement des candidats constitueraient la plus importante fonction du Bureau.

On ne trouve sur aucune question une aussi grande diversité d'opinion que sur le choix des examinateurs. L'opposition des professeurs au Bureau d'Etat est fondée en très grande partie sur le doute dans lequel ils sont quant au choix de personnes parfaitement compétentes pour cette besogne. Dans la profession il existe un sentiment qui empêcherait le Bureau de choisir un professeur d'aucune école comme examinateur sur le sujet même qu'il enseigne. Les difficultés, cependant, ne sont pas insurmontables. Avec le bon système des points pour les examens par écrit, et en nommant deux examinateurs pour l'épreuve orale, il ne saurait y avoir la plus légère objection, autant que je puis voir, au choix de professeurs comme examinateurs dans certaines branches. Pour l'anatomie, la chimie, la physiologie et la pathologie, c'est-à-dire, dans toutes les branches scientifiques, il serait presqu'impossible de trouver dans la profession en général des examinateurs suffisamment préparés. Ce serait être injuste à l'égard d'étudiants sortant bien préparés des laboratoires de nos meilleures écoles que de les exposer à être interrogés sur ces branches par des gens qui ne possèderaient d'autres connaissances que celles qu'ils auraient puisées, pour la circonstance, dans deux ou trois des manuels les plus récents. D'un autre côté, sur les sujets plus pratiques, on peut certainement trouver, dans chaque Etat, des hommes tout-à-fait capables de faire ce travail d'examen. J'ai l'honneur de connaître personnellement, dans plusieurs Etats de l'Union, des hommes à qui je confierais, avec une entière confiance, le soin d'interroger mes étudiants sur la théorie et la pratique de la médecine, et je n'ai aucun doute que pour la chirurgie, l'obstétrique, la gynécolo-

Digitized by Google

gie et pour le vaste sujet de la thérapeutique, on ne puisse trouver aussi des hommes également compétents.

Il ne saurait y avoir aucune difficulté au sujet des différences qui existent entre les écoles de pratique. Tous les étudiants seraient examinés sur les grandes divisions principales, l'anatomie, la physiologie et la chimie, ainsi que sur la pathologie et l'anatomie morbide, sur l'obstétrique et la gynécologie opératoire et sur la jurisprudence médicale.

Les examens dans ces branches seraient uniformes. Il n'y aurait que la thérapeutique où il faudrait des épreuves séparées pour les réguliers, les homéopathes et les éclectiques. En se présentant, l'étudiant aurait à indiquer dans laquelle de ces divisions il désire être reçu, et, s'il réussissait, il serait placé dans une de ces trois catégories sur le Régistre d'Etat. Je puis bien avouer que ce projet pourrait, aux yeux de quelques-uns, ressembler à une utopie, mais je suis fermement convaincu que la majorité de ceux qui m'entendent aujourd'hui vivront pour voir les Bureaux d'Etat organisés soit sur ce plan, soit sur un plan modifié.

Quant à la troisième fonction du Bureau, savoir, celle qui a rapport à la discipline, je ne vous en parle que pour vous dire que dans tout acte effectif il doit y avoir des clauses pénales donnant pouvoir de poursuivre ceux qui pratiquent illégalement et sans licence ; de rayer pour cause un nom du régistre et d'exercer tels pouvoirs additionnels qui pourraient paraître justifiables à ceux qui seraient chargés de préparer le projet de loi.

La praticabilité d'un projet de ce genre est parfaitement démontrée par l'histoire de la profession dans la province d'Ontario. Jusqu'en 1865-66 il y avait un Bureau de licence, nommé par l'Etat. Ce Bureau ne faisait d'examens que dans le cas où il se présentait des candidats sans diplôme et, à toutes fins que de droit, était simplement un Bureau d'enregistrement devant lequel les gradués se présentaient, payaient un léger honoraire et obtenaient leur licence. De fait ce Bureau était contrôlé par les écoles.

A la session de 1865-66, la profession de la province demanda son incorporation, et l'on prépara alors l'acte qui, avec certaines modifications importantes, est aujourd'hui en force. Il donna pratiquement à la profession, agissant par ses représentants élus, la direction de ses propres affaires, en autant qu'elles se rapportent aux examens préliminaires et professionnels et à certaines mesures de discipline. En dépit d'une opposition vigoureuse de la part de plusieurs qui trouvaient déshonorant de retrancher ainsi le privilége important dont les universités avaient joui jusqu'alors, et qui permettait aux gradués d'obtenir leur licence sans autre examen ; en dépit des dissentions et des mécontentements qui se rencontrent nécessairement dans toute organisation nouvelle, le Bureau a persisté dans sa tâche méritoire, et aujourd'hui, après 23 années d'existence, il a des annales dont toute la profession de la

Digitized by Google

province est justement fière. La question qui provoqua l'opposition la plus vive et la plus prolongée fut celle du droit des homéopathes et éclectiques à se faire représenter. Ma première introduction à la profession fut une visite, avec mon précepteur, à la chambre de comité de l'Assemblée, où les colléges s'efforçaient de faire adopter certains amendements à l'acte. J'ai encore vivante dans ma mémoire la grande discussion qui eut lieu sur cette même question de permettre aux homéopathes et aux éclectiques d'élire un nombre proportionné de représentants. On aurait cru se souiller de venir en contact avec la secte impure. Mais la sagesse prévalut, et la représentation resta générale, comme elle l'était, quoique, cependant, il soit vrai de dire que les éclectiques ne sont plus maintenant en nombre suffisant dans les provinces pour envoyer un représentant. L'influence exercée par cette organisation a été des plus salutaires, et les écoles acceptent maintenant l'inévitable avec une grâce parfaite. Le Bureau possède un magnifique édifice central pour y faire les examens, avec des appartements pour l'enregistrement et pour une bibliothèque provinciale. Les honoraires payés pour les examens et une légère taxe annuelle imposée à tout praticien enrégistré forment la source d'un revenu suffisant. La même condition, avec quelques modifications, existe dans les autres provinces britanniques.

A ceux qui traiteraient d'utopie un projet semblable et qui objecteraient les difficultés provenant des préjugés invétérés et des dissentions qui existent entre les écoles, je pourrais dire que la situation ici est, en fait, du même genre, quoique peut-être à un degré plus intense, que celle qui existait dans les provinces britanniques avant 1866. Ce qui y a si bien réussi peut être accompli aussi heureusement dans chaque état de l'Union.

Le grand avantage qu'on y trouve est la garantie, pour le public, que lorsqu'un médecin a reçu une licence pour pratiquer, il a certainement les éléments d'une instruction solide, qu'il connaît la composition et les fonctions du corps humain, et qu'il est capable de rencontrer les cas ordinaires de la vie professionnelle. Un tel projet fait disparaître la non responsabilité des écoles, établit un programme uniforme d'études dans chacune d'elles, et fixe une période de rigueur pour le travail théorique et pratique.

La différence est simplement qu'avec le système actuel, des écoles indépendantes et non responsables ont la haute main, imposent leurs conditions à la profession et au public et font tout ce qui leur plaît. Avec une profession organisée et siégeant par ses représentants, les écoles prennent la seconde place ; elles existent pour la profession et le public. On ne saurait discuter la grande supériorité de cette méthode. Elle est essentiellement démocratique et se recommande ainsi, sur tous les points, à la profession de ce pays. Elle est infiniment supérieure à la seconde méthode adoptée à présent dans plusieurs Etats, quoique le Bureau d'exa-

Digitized by Google

minateurs nommé par le Gouverneur ou par les sociétés soit meilleur que l'enrégistrement sans restriction. Tandis que les intérêts des corporations sont parfaitement sauvegardés dans ce système, elles n'ont pas cette puissance exclusive qui a été accordée en Angleterre par l'acte récent dans lequel, chose presque ridicule à penser, il n'y a que six représentants de la profession en général qui aient trouvé place au Bureau, et encore ce nombre est-il accordé avec répugnance, comme un privilège et non comme un droit.

Il ne faudrait pas, cependant, se dissimuler les difficultés qui se rencontreront dans toute tentative faite pour organiser ces Bureaux. La chose serait prématurée dans plusieurs Etats. La profession, je l'ai entendu dire souvent, n'est pas préparée à cela, ce qui pourtant, d'après mes observations personnelles, me semble douteux. Je crois que le corps professionnel en général, quand il comprendra bien la question, devra nécessairement convenir que la méthode est en réalité excellente. Je suis certain que le public, par le moyen de la presse, supportera cordialement tout projet qui donnera aux citoyens l'assurance que les praticiens auxquels ils confient leur vie et leurs membres sont des hommes instruits.

L'opposition la plus forte viendra, d'un côté, des écoles qui voient avec défiance toute mesure tendant à porter atteinte à leurs prérogatives, et, d'un autre côté, des membres de l'association homéopathique et éclectique, qui craignent naturellement que dans un arrangement de ce genre on ne leur rende pas pleine justice.

A mon sens, l'antagonisme des écoles n'est pas sérieux. Pour pouvoir faire quelque chose d'effectif, elles doivent être unies. Il est notoire que plusieurs des Facultés, ou peut-être, pour parler plus correctement, plusieurs des membres les plus éminents de chaque Faculté, sont partisans convaincus du Bureau central, et sont d'avis qu'un degré universitaire ne doit être qu'honorifique, et ne pas conférer le droit de pratiquer. L'opposition faite par les homéopathes et les éclectiques n'est pas sérieuse. Ils affectent de n'aimer que le *mieux* et de désirer des examens plus sérieux. Si nous désirons sincèrement nous entendre avec eux sur cette question qui ne touche pas tant à notre propre intérêt qu'à l'intérêt du public, je suis sûr que nous les trouverons prêts et disposés à nous tendre la main. Il ne faut pas non plus leur parler de concessions, mais plutôt reconnaître pleinement leurs droits, lesquels, aux yeux de la loi, sont les mêmes que les nôtres.

Pour agir sûrement, il faut agir lentement, mais aussi, fermement et sans peur, confiants dans la justice de nos réclamations pour le plus grand bien de la profession médicale et du public, animés du seul désir d'assurer au plus humble citoyen de cette grande république, au jour de la tribulation comme à l'heure du besoin, un secours habile et digne des idées humanitaires qui nous animent et de la noble profession dans les rangs de laquelle nous avons l'honneur de servir.

Digitized by Google

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SEVERIN LACHAPELLE, M.D.

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Diarrhée, Selles lientériques. (*Suite*).—

Voilà pour le début de la maladie, qui échappe malheureusement trop souvent au contrôle du médecin.

Celui-ci est demandé à une période plus avancée; les selles sont devenues plus acides, l'irritation prolongée a produit cet effet; elle est en plus généralisée à une plus grande étendue de l'intestin, et le rectum ne tarde pas à être envahi; nous avons affaire à la diarrhée catarrhale.

Diarrhée catarrhale.—C'est le plus souvent la diarrhée lientérique transformée: les selles sont plus liquides, séreuses, verdâtres, vertes et muqueuses et contenant des sels du sang tels que albumine, hématoïdine. Nous constatons encore des grumeaux alimentaires non digérés.

La diarrhée catarrhale reconnaît trois ordres de causes: 1o irritants locaux: action prolongée de substances chimiques anormales, matières fécales en fermentation acide, diarrhée après le choléra, corps étrangers; 2o influences atmosphériques, froid, humidité; 3o après la rougeole.

Cette dernière cause étant connue, la diarrhée catarrhale sera traitée légèrement; on surveillera plutôt l'aggravation de la maladie.

La diarrhée catarrhale, résultat du froid et de l'humidité, est notre diarrhée d'automne. Nous pourrons prescrire la formule suivante:

P. 3.—Infus. rad ipecac.		100. 0
Mucil. gum. arab.	aa	10. 0
Syrup simpl.		
Tr. opii		0. 02–0.03

Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

C'est surtout la diarrhée catarrhale sous l'influence de la première cause, dont il s'agit ici.

Si la forme est lientérique, nous savons ce que nous avons à faire; purgatif. P. 1.

Si les selles ne sont pas acides, P. 2.

Digitized by Google

Si les selles donnent une réaction acide avec forme sous-muqueuse, nous aurons recours à la préparation suivante:

P. 4.—Syrup rhæi. et pot..... ℥ ss
Fl. ext. hæmatoxyli..... ʒ ii
Tinct. catechu. ..... ʒ i

Une cuillerée à thé trois fois par jour.

Le sirop de rhubarbe et de potasse n'est pas dans nos pharmacopées; il porte dans certains compendiums américains le nom de "Neutralizing Cordial;" la base de ce sirop est la rhubarbe et du carbonate de potasse, qui semblent rencontrer les deux indications principales: neutraliser l'acidité et modifier la muqueuse. Le bois de Campêche et le catechu sont des astringents puissants dont on ne doit pas négliger l'administration.

La diarrhée de la dentition est plus graduelle dans sa marche, plus lente dans ses progrès; elle présente souvent les symptômes de la diarrhée catarrhale; disparaît après l'éruption d'une dent, pour reparaître avec une nouvelle évolution dentaire. Outre la prescription No 4, on pourra avoir recours à la suivante, que nous donne West:

P. 5.—Misturæ acaciæ..... ʒ vi
Liquoris pot..... m xxx
Vin. ipec..... " xxiv
Syrup altheæ..... ʒ iv
Aquæ puræ ..... ʒ xiii

Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Dans cette formule de West, la rhubarbe est remplacée par l'ipeca comme modificateur de la muqueuse intestinale; il ne faut pas oublier cette propriété spéciale de l'ipeca. Nous le donnons en prescrivant le Dover, un grain, à l'heure du coucher; on pourra associer à ce Dover un demi-grain de mercure et craie.

Comme on le voit, toutes ces diverses formules ne contiennent pas d'opium, à l'exception du Dover. Ce n'est que dans la forme grave des diarrhées et dans la dyssenterie où l'élément de la douleur prédomine qu'on aura recours sans hésiter aux diverses préparations d'opium, dont la dose pourra et devra être répétée selon l'indication.

La diarrhée catarrhale qui résistera à l'influence du traitement ne tardera pas à mettre notre petit malade en danger; la perte de sang qu'il subit, ou plutôt la perte de principes essentiels du sang ne tarde pas à amener une prostration profonde. On n'hésitera pas à combattre celle-ci par l'éther à la dose d'une demi-drachme, pur, en injection cutanée.

Le traitement de la diarrhée catarrhale ne durera pas moins de huit à dix jours, ce n'est qu'alors qu'on pourra espérer voir le symptômes s'amoindrir.

Digitized by Google

Dès que l'on constatera du mieux, on aura recours aux toniques, à la formule suivante par exemple :

P. 6 Tr. cinchonæ co. ʒiii
Syrupi rhæi et pot. ℥iii

Une drachme toutes les six heures dans un mucilage.

Errata.—Page 281. L'irritation dentaire n'a pas de *saison* spéciale, au lieu de *raison* spéciale.

Page 282. La chaleur *voilà* donc le facteur, au lieu de *voile* le facteur.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

La variole et la syphilis sont les deux causes les plus ordinaires de la dacryocystite. (Prof. FOUCHER.)

La blennorrhagie est, plus souvent qu'on ne le croit, une cause de cystite. Cette dernière exige un traitement antiseptique. (Prof. BRENNAN.)

Lorsqu'un patient accuse une maladie de l'oreille, il faut s'assurer de l'état du nez et du pharynx avant d'entreprendre un traitement. (Prof. FOUCHER.)

Dans le cas d'amputation d'un membre inférieur, M. le professeur BROSSEAU conseille de ne pas appliquer d'appareil prothétique avant cinq ou six mois.

Lorsqu'on prescrit l'atropine ou tout autre mydriatique en application aux yeux, il faut prévenir le patient des troubles visuels qui doivent en résulter. (Prof. FOUCHER.)

N'opérez pas toutes les déchirures du col que vous rencontrerez, dit M. le professeur BRENNAN ; la trachélorrhaphie n'est indiquée que lorsque la lacération est étendue et produit des désordres manifestes.

Digitized by Google

Les bromures alcalins étant susceptibles de s'accumuler dans l'économie, il faut avoir soin, dans les médications de longue durée, d'en suspendre l'administration de temps à autre. (Prof. DESROSIERS.)

Une observation attentive fera trouver la cause d'un bon nombre de suppurations cornéennes, à la suite de l'opération de la cataracte, dans le fait que les opérés sont atteints de diabète. (PROF. FOUCHER.)

Lorsque vous traitez par l'électricité (faradisme ou galvanisme) un cas de déplacement utérin, remettez l'organe, en autant que vous le pourrez, dans sa position normale, avant que de faire passer le courant. (Prof. BRENNAN.)

M. le professeur BROSSEAU attire l'attention sur l'apparition souvent tardive des symptômes cérébraux dans les cas de traumatisme de la tête. Surveiller attentivement le blessé et ne pas faire de pronostic hâtif.

Chez beaucoup de femmes atteintes d'ovarite, les douches vaginales chaudes sont mal supportées. On les remplace efficacement par le repos absolu, l'antipyrine, la quinine à hautes doses, les suppositoires calmants, etc. (Prof. BRENNAN.)

Le meilleur véhicule de l'huile de ricin est un liquide chaud, très chaud même, bouillon ou lait. A cette température, l'huile se mêle parfaitement au véhicule, et le tout est pris sans que, bien souvent, le malade ait conscience qu'il prend une dose d'huile. (Prof. DESROSIERS.)

Ne considérez pas la généralité des ulcérations ou érosions du col comme étant des entités morbides destinées à être cautérisées à outrance ; regardez-les plutôt comme des symptômes exigeant, il est vrai, un traitement particulier, mais dont vous devez chercher et traiter la cause. (Prof. BRENNAN.)

Le succès du traitement de la coqueluche par la belladone ne s'obtient qu'à la condition de donner le médicament à doses suffisamment, quoique toujours progressivement élevées. Souvent il faut, comme dans le traitement de l'incontinence d'urine, pousser jusqu'à la dilatation pupillaire. (Prof. DESROSIERS.)

Digitized by Google

Le diagnostic d'une cataracte commençante ne peut être établi sûrement qu'à l'aide de l'ophtalmoscope. La pupille peut être de couleur jaunâtre, grisâtres ou verdâtre, en l'absence de toute cataracte, de même qu'elle peut être de couleur normale en apparence alors qu'il y a déjà des stries opaques dans le cristallin. (Prof. FOUCHER.)

Si tous les praticiens avaient le bon esprit de ne pas administrer l'ergot de seigle avant la sortie du placenta, on verrait diminuer d'une façon notable les accidents suivants: rupture de l'utérus, asphyxie du fœtus, contraction spasmodique du col et ralentissement consécutif du travail, rétention de l'arrière-faix. (Prof. DESROSIERS.)

Il ne faut pas oublier que les acides végétaux, une fois absorbés dans le sang, sont brûlés puis transformés en bicarbonate de soude, ce qui fait qu'ils alcalinisent le sang et l'urine. On peut donc les administrer, à titre d'alcalins, dans tous les cas qui réclament l'emploi des potions alcalines: rhumatisme articulaire, cystite, uréthrite, diathèse urique, etc. (Prof. DESROSIERS.)

Il y a de ce temps-ci une double épidémie de rougeole et de roséole se succédant, chez les enfants, à un intervalle souvent rapproché, et cela sans ordre régulier, la roséole débutant quelquefois. et quelquefois aussi la rougeole. Lorsque c'est la roséole qui débute, la rougeole est moins grave : la roséole agirait-elle alors à la manière du vaccin qui amoindrit la variole, quand il ne protège pas absolument contre elle? (Prof. Séverin LACHAPELLE.)

Le régime des hommes forts.—Les soldats romains, qui ont couvert l'empire de travaux gigantesques et qui portaient un équipement d'un poids tel qu'il paraîtrait écrasant aujourd'hui à nos plus vigoureux ouvriers des champs, se nourrissaient de pain bis et de vin sûr. Leur régime de vie était des plus simples, et ils se livraient à des exercices réguliers. Le paysan espagnol travaille tout le jour, danse la moitié de la nuit, et ne mange que du pain noir, quelques oignons et une pastèque. Les portefaix de Smyrne ne prennent que quelques fruits et quelques olives, ce qui ne les empêchent pas de marcher allègrement sous les plus lourds fardeaux. Le coolie chinois ne mange que du riz, et il est plus dur à la fatigue que le nègre nourri de viande. Nous ajouterons que les Trappistes, qui choisissent les travaux les plus pénibles, qui ne prennent jamais le repos d'une nuit complète, ne se nourrissent, en dehors des jours de jeûne, et ils sont nombreux, que de pain et de légumes cuits à l'eau ; leur longévité est légendaire. Les grands travaux sur notre globe sont accomplis par ceux qui ont le régime le plus simple et le plus frugal.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Des méfaits du rhumatisme.—Clinique de M. PETER, à l'hôpital Necker.—C'est à propos de deux malades du service, que je désire appeler votre attention sur les méfaits du rhumatisme, c'est à-dire sur certains accidents du côté du cœur.

Le premier, est un jeune garçon, employé comme groom aux caves du Grand-Hôtel et comme ouvreur de voitures, allant constamment, par conséquent, de la cave au trottoir et, par suite, constamment aussi soumis à des variations brusques de température.

C'est ainsi qu'il contracta un rhumatisme en novembre dernier, rhumatisme des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, fébrile et articulaire, qui le tint au lit pendant un mois.

Au bout de ce temps, il put reprendre ses occupations, mais, quinze jours plus tard, il était repris des mêmes accidents morbides. Il traîna ainsi pendant plusieurs mois, souffrant toujours de douleurs articulaires, jusqu'à il y a vingt-sept jours, où il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée ici, il était très peu fébricitant, la température était de 37°4; en somme, il était convalescent de son rhumatisme articulaire aigu ; les douleurs dans les jointures étaient peu prononcées; mais par contre, le cœur était frappé. Il était frappé dans sa totalité, frappé d'endocardite, de péricardite, de myocardite et de névricardite.

En effet, voici les phénomènes que nous constations en examinant l'organe central de la circulation : l'application, même légère mais suffisante cependant de la tête sur la région précordiale, était douloureuse; donc inflammation du péricarde rayonnant au tissu conjonctif circonvoisin, c'est-à-dire dans les espaces intercostaux. La simple pression des doigts, au niveau de la base, déterminait une vive douleur, plus vive même que celle résultant de l'application de la tête dont je viens de parler : donc, douleurs des nerfs du cœur, au niveau de la base de cet organe. Il existait aussi une vive douleur lorsque la pression s'exerçait dans le deuxième espace intercostal du côté gauche. En somme, je trouvais donc deux foyers douloureux : 1o un foyer à la base du cœur; 2o un foyer intercostal.

Digitized by Google

De plus, si l'on venait à exerçer une pression sur le trajet du pneumogastrique gauche, dans la région cervicale, on provoquait aussi une douleur vive. Par contre, toute pression sur le pneumogastrique droit était absolument indolore.

En résumé, il existait donc une fluxion des nerfs cardiaques. Quant à l'auscultation, elle dénotait, tout d'abord, un bruit de frottement superficiel, résultant d'une péricardite sèche ; puis, à la pointe, on entendait un bruit de souffle au premier temps, souffle mitral, doux, qui démontrait une phlegmasie de la séreuse, tapissant les cavités du cœur. Les séreuses péricardique et endocardique étaient donc prises toutes deux et l'on se trouvait, chez ce jeune garçon, en face, tout à la fois d'une péricardite sèche—car il n'y avait pas trace d'épanchement dans le péricarde —et d'une endocardite, soit d'une endo-péricardite.

Mais ce n'était pas tout, et j'étais amené à constater aussi que le muscle cardiaque lui-même avait été offensé par la fluxion rhumatismale, ainsi que le démontrait la douleur éprouvée par le malade sous l'influence de la pression au niveau des quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux, c'est-à-dire en plein cœur ; d'où je devais conclure, ainsi que je viens de le dire, à l'envahissement du muscle du ventricule gauche du cœur par la fluxion rhumatismale.

D'ailleurs, les troubles fonctionnels prouvaient également l'existence d'une myocardite. Vous savez que l'endocardite rhumatismale est celle dans laquelle le cœur gauche seul est atteint, laissant le cœur droit indemne ; or, c'était là également ce que j'observais chez mon malade ; le myocarde de son cœur gauche était pris et, par suite, fonctionnait mal.

En effet, les troubles fonctionnels du muscle du cœur gauche étaient caractérisés, à l'auscultation, par un dédoublement manifeste du deuxième bruit et par le souffle au premier temps, dont j'ai parlé tout à l'heure. Ce dédoublement du deuxième bruit, que signifie-t-il, en réalité ? Qu'il y a défaut de synergie dans la contraction des deux ventricules, dont l'un boite, par rapport à l'autre. J'ajoute que ce dédoublement parfaitement manifeste, évident, lorsque le malade est assis ou couché, c'est-à-dire au repos, disparaît en grande partie ou même en totalité, sous l'influence du mouvement, de la marche, de la locomotion, par suite de l'énergie plus grande qu'exige tout effort de la part du ventricule boiteux, c'est-à-dire du cœur gauche ; car que fait cette énergie du cœur gauche, si ce n'est de rétablir le synchronisme des deux cœurs ?

Enfin, il existait encore un autre trouble fonctionnel, lequel a été révélé, dans la contractilité même du cœur, par le sphygmographe : je veux parler d'un certain degré de trémulation.

Par les divers phénomènes morbides que je viens de vous décrire brièvement, vous voyez combien notre jeune malade a eu

Digitized by Google

son système cardiaque offensé par son attaque de rhumatisme articulaire du mois de novembre de l'année dernière, de tout ceci il résulte, au point de vue du pronostic :

1o Que la péricardite sèche, dont il a été frappé, guérira totalement, sauf peut-être en quelques points, où des plaques laiteuses persisteront ;

2o Que son myocarde guérira probablement aussi, sauf également en certains points peut-être qui pourront rester granulo-graisseux ;

3o Qu'il conservera, enfin, certainement l'insuffisance mitrale dont il est atteint, laquelle ira en augmentant de plus en plus.

Voici pour le premier malade. Quant au second, c'est une jeune femme, entrée pour un rhumatisme subaigu, à peu près sans fièvre (38 degrés), génital, en ce sens que la malade avait un écoulement blennorrhéique du vagin, écoulement sous l'influence duquel le rhumatisme s'était développé, l'affection avait débuté par une synovite tendineuse au niveau de la patte d'oie, comme cela arrive fréquemment dans le rhumatisme blennorrhéique. A ce moment-là, le cœur était encore parfaitement indemne, les accidents étant très légers et tout à fait apyrétiques ; mais tout à coup, cette malade a été prise, sous nos yeux, de douleurs fort vives ; en même temps, la fièvre s'allumait, la température montait à 38°6 et les deux genoux devenaient le siège d'une fluxion rhumatismale, avec épanchement dans les articulations.

A dater de ce moment, le cœur était envahi et je percevais un bruit de souffle très manifeste au premier temps et à la pointe, souffle mitral d'une endocardite naissante. Quarante-huit heures plus tard ce souffle était encore plus accentué. J'ai prescrit immédiatement 4 grammes de salicylate de soude. Aujourd'hui, la fièvre est tombée, la fluxion articulaire a disparu, la douleur également. Le souffle seul persiste.—*Gazette des hôpitaux.*

Ictère fébrile aigu (*Maladie de Weill*), par M. NAUWECK.—Depuis le mémoire de Weill, il a été publié diverses observations par Goldschmidt, Wagner, Roth, Fiedler, Hueber, Wagner et Aufrecht. Les deux suivantes montrent la nature infectieuse de de cette affection.

Un aliéné de cinquante-cinq ans est atteint subitement de fièvre et d'ictère avec augmentation de volume du foie. Il succombe le troisième jour dans le coma avec de l'hypothermie et des sueurs profuses, mais sans avoir présenté de vomissements, ni de diarrhée. A l'autopsie, on constate des ulcérations avec gangrène de la paroi de l'intestin grêle, de la dégénérescence albuminoïde et graisseuse du foie. L'examen bactériologique n'a donné aucun résultat.

Le second cas est celui d'un boucher qui fut subitement atteint de sueurs profuses, d'une augmentation extrême de la fréquence

Digitized by Google

du pouls et l'hyperthermie. Trois jours après, il avait un ictère intense, des vomissements, du météorisme, de l'abattement et du délire; vers le sixième jour, de la diarrhée; le septième une augmentation de la matité hépatique, et le huitième, de la splénomégalie. Une éruption rubéolique survint et il succomba dans le collapsus cardiaque et avec de l'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence du foie et des reins et l'absence de toute lésion intestinale. Ici encore il faut admettre une intoxication par les ptomaïnes.—*Abeille médicale.*

Comment on doit faire l'examen clinique d'un diabétique. —Les diabétiques avérés ne sont pas rares ; chacun de nous en a plusieurs dans sa clientèle. Les diabétiques méconnus sont peut-être encore plus nombreux, malgré les progrès qu'a réalisés la clinique en apprenant à dépister le diabète d'après certains symptômes négligés autrefois ou rapportés à d'autres causes.

C'est parler comme M. de Palisse, de dire que les diabétiques méconnus n'existeraient pas si les médecins examinaient toujours et systématiquement les urines de toutes les personnes qui les consultent. Mais, bien que l'examen urologique soit de plus en plus familier aux practiciens, il est malheureusement encore trop de confrères qui ne le pratiquent que dans certaines circonstances. On ne saurait trop répéter *qu'il faut toujours examiner les urines de tous les malades.* Si on se conformait à cette règle, on surprendrait dès l'origine la glycosurie à une époque où, encore, faible, elle peut être enrayée assez rapidement par une hygiène sévère et presque sans médicament.

Ce sont souvent des spécialistes consultés par hasard qui, plus avisés que le médecin, dépistent un diabète ignoré : les dentistes instruits qui constatent une gingivite expulsive, un état fougueux des gencives ; les dermatologistes consultés pour quelque eczéma, pour un prurit vulvaire, quand ce n'est pas un syphiliographe auquel on vient soumettre une balano-posthite récidivante, ou un ophthalmologiste dont on requiert les soins pour une amblyopie, pour une cataracte.

Parmi les *symptômes révélateurs* il faut encore signaler des névralgies, surtout la sciatique et la névralgie faciale—la diminution rapide de la puissance génitale,—la furonculose, les troubles digestifs, notamment des diarrhées paroxystiques, un amaigrissement inexplicable, une perte progressive des forces physiques et de l'activité intellectuelle sans localisation morbide sur aucun organe, etc. On n'en finirait pas s'il fallait énumérer toutes les modalités que revêt ce début apparent du diabète ; car, lorsqu'on est consulté pour le symptôme révélateur, la glycosurie existe en général depuis assez longtemps déjà, et le trouble nutritif générateur de l'hyperglycémie, dont la glycosurie est elle-même la conséquence, est encore de date plus ancienne.

Digitized by Google

Quand le médecin dans son cabinet vient de constater avec la liqueur de Fehling, la potasse ou le sous-nitrate de bismuth, que l'urine de celui qui le consulte fournit les réactions de la glycose, il ne doit pas se contenter, comme cela arrive, quelquefois, de dire à son client : " Vous êtes diabétique, ne mangez plus ni aliments sucrés, ni féculents ; mettez-vous au pain de gluten et prenez tel médicament (bromure de potassium, arsenic, lithine, etc., suivant les idées qu'a le médecin sur la thérapeutique du diabète) "

Parler ainsi, c'est agir en pharmacien, comme aurait dit Lasègue.—Il ne suffit pas davantage de dire : " Faites doser de temps en temps la quantité de sucre qu'il a dans votre urine et traitez-vous plus ou moins sévèrement suivant que cette quantité augmentera ou diminuera."

Avant de dire à un homme qu'il est diabétique, il faut y regarder à deux fois.

D'une part parce que, si certains individus reçoivent assez philosophiquement cette nouvelle, il en est d'autres qu'elle atterre littéralement et qu'il n'est jamais bon de porter une rude secousse morale à un diabétique.

D'autre part, il ne faut pas plus se hâter de dire diabète quand on a seulement constaté de la glycosurie, qu'il ne faut lâcher le mot de méningite quand on est appelé près d'un enfant qui présente quelques symptômes méningitiques, — à moins qu'on ne soit désireux de se procurer l'honneur équivoque d'avoir guéri en quelques semaines une glycosurie transitoire ou en quelques jours des accidents cérébraux congestifs.

Il faut donc se contenter de demander au malade de revenir avec une analyse qualitative et *quantitative* de ses urines au point de vue des divers constituants : urée, acide urique, acide phosphorique, glycose, albumine, s'il y en a, et en ce cas de la présence d'éléments figurés, cylindres rénaux. Car il n'est pas indifférent d'être seulement glycosurique ou d'être en même temps albuminurique, et il est important de savoir s'il y a un chiffre normal d'urée ou une azoturie considérable, et de juger en un mot le taux de la nutrition de l'individu d'après les proportions des déchets urinaires.—Il ne faut pas non plus négliger la réaction de Gerhardt (addition de quelques gouttes de perchlorure de fer) qui, si elle colore les urines en brun-rouge, couleur vin de Bourgogne ou de Bordeaux, décèle l'état dit *acétonurique*, dont on connaît la signification au point de vue de la possibilité de certains accidents nerveux des plus graves (coma diabétique).

Quand on est en possession de ces renseignements urologiques, il y a lieu d'examiner minutieusement chez le malade :

1° Son hygiène alimentaire, et l'état de ses fonctions digestives.

2° Son passé et son hérédité au point de vue de la pathogénie ;

3° L'état actuel de la nutrition et des réactions nerveuses ;

Digitized by Google

4° L'existence possible de complications.

Car chacun de ces points commande la thérapeutique.

En effet, avant de conclure au diabète, c'est-à-dire, à une glycosurie par hyperglycémie permanente, il faut éliminer la glycosurie alimentaire par usage excessif d'aliments sucrés ou par mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, notamment par suspension de la fonction dévolue au foie d'arrêter la glycose venue de l'intestin, pour l'emmagasiner à l'état de glycogène et ne la livrer ultérieurement au sang en la faisant repasser à l'état de glycose qu'au fur et à mesure des besoins de l'organisme.

Dans la glycosurie d'origine digestive ou par torpeur des fonctions hépatiques, c'est seulement au moment de la digestion que la glycosurie existe et elle est proportionnelle à la quantité d'aliments sucrés ou féculents ingérés. D'où l'indication de faire analyser deux échantillons de l'urine de 24 heures, l'un recueilli trois à quatre heures après les repas, l'autre à une heure aussi éloignée que possible du repas précédent, celle du réveil par exemple. On délimitera par la palpation et la percussion le volume du foie.

On arrivera par ces moyens, dans certains cas, au diagnostic de glycosurie alimentaire par dyspepsie gastro-intestinale et par torpeur hépatique, et à guérir rapidement le malade par la simple hygiène alimentaire et le traitement des troubles digestifs.

L'état des fonctions digestives n'est pas moins important à connaître dans le diabète vrai ; car la déchéance de l'appétit et les spoliations que causent certains troubles digestifs, la diarrhée par exemple, assombrissent singulièrement le pronostic parce qu'elles compromettent gravement la nutrition déjà viciée par l'hyperglycémie.

Les antécédents personnels et héréditaires sont intéressants au point de vue pathogénique ; car ils permettent d'établir avec quelque vraisemblance la nature du diabète. Quelque théorie que l'on adopte au point de vue pathogénique (et les théories ne manquent pas), il faut cependant accepter que le diabète n'est pas le même dans son évolution, sa ténacité, son traitement, suivant qu'il est survenu accidentellement sous l'influence de causes nerveuses sans prédisposition héréditaire, ou suivant qu'il avait été préparé dès la naissance par une hérédité arthritique, dont la fréquence n'est plus contestée par personne.

Etablir la *filiation arthritique* est donc une des parties non négligeables de l'examen d'un diabétique ; c'est d'abord le diabète lui-même, qu'il faut rechercher chez les ascendants, puis l'obésité, les lithiases, la goutte, etc., toutes ces maladies qui attestent dans une famille le ralentissement permanent de la nutrition. Dans les antécédents personnels, c'est encore ces mêmes maladies qu'on recherchera.

Digitized by Google

L'*obésité* est en connexion particulièrement étroite, comme on sait, avec le diabète. Récemment un allemand, Kisch, en fournissait une nouvelle preuve dans une étude sur le diabète dit *lipogène*. D'après l'expérience de l'auteur, plus de la moitié des obèses héréditaires deviennent diabétiques et dans les autres cas d'embonpoint exagéré on rencontre encore le diabète 15 fois sur 100. D'après le tableau généalogique de plusieurs familles, Kisch établit que souvent dans une famille certains membres offrent dans leur jeunesse une obésité manifeste, tandis que d'autres sont diabétiques, sans être obèses, ou bien quelques membres de la famille présentant un embonpoint exagéré sont atteints de diabète entre 30 à 40 ans.

En général chez les obèses, il est fréquent de rencontrer, quand l'attention est portée de ce côté, une glycosurie qui n'est que passagère et intermittente, puis au bout d'un certain nombre d'années, elle devient continue, le diabète est constitué. Or, si on avait obligé de bonne heure l'obèse à combattre par l'hygiène le trouble nutritif, on aurait pu prévenir le diabète.

Quand, en l'absence d'hérédité arthritique, on trouve chez le malade des antécédents personnels qui expliquent chez lui un ralentissement graduel de la nutrition (alimentation excessive et sédentarité, c'est-à-dire, excès de recettes et absence de dépenses) —*arthritisme acquis*—on a une indication curative qui prime toutes les autres et aussi un utile renseignement pronostic; car un diabète acquis de la sorte est moins rebelle en général que le diabète des arthritiques de naissance.

Si au contraire on note dans les commémoratifs quelque choc nerveux traumatique ou moral ou l'influence prolongée d'une surexcitation psychique, la thérapeutique bénéficiera incontestablement de cette notion; car dans la curation d'un *diabète d'origine nerveuse* il y a une part plus large à faire à la médication sédative, ou névrosthénique, que dans le diabète arthritique. Au premier conviennent plutôt les médicaments tels que le bromure et l'antipyrine, ou l'arsenic ou la strychnine; au second plutôt les alcalins, les médicaments d'épargne, la codéine, la valériane et surtout l'hygiène alimentaire.

D'ailleurs, la pratique nous montre chaque jour la réunion de ces deux ordres de causes; chez un arthritique de naissance, la prédisposition est à un moment donné de la vie mise en jeu par une influence nerveuse occasionnelle et il y a une part égale à faire aux deux facteurs dans la thérapeutique.

L'état actuel de la nutrition du diabétique nous est fourni par la connaissance des variations de son *poids*. Un diabétique doit se peser souvent et enregistrer parallèlement les chiffres de ses pesées, ceux des dosages du sucre, et ceux de l'urée éliminée. Car les variations dans l'élimination de l'urée et de l'acide urique nous renseignent non moins utilement que la permanence de son poids sur le taux de sa nutrition.

Digitized by Google

L'examen des *fonctions* de la *peau*, l'existence de dermatoses et de troubles trophiques (névrites) etc., sont encore des renseignements sur la nutrition générale.

La recherche des réactions nerveuses s'impose aussi, et c'est à l'état des *réflexes tendineux*, on le sait depuis les travaux de M. Bouchard, qu'il convient de demander dans quelle mesure le système nerveux central se trouve affecté par l'hyperglycémie ; la disparition du réflexe rotulien est toujours fâcheuse chez un diabétique, sa réapparition de bon augure. L'état du sommeil, celui des fonctions génitales, de la mémoire, des organes des sens sera soigneusement interrogé.

Enfin, on auscultera minutieusement l'appareil respiratoire au point de vue de la recherche de la *tuberculose*, qui survient si insidieusement chez les diabétiques et assombrit si fort le pronostic.

C'est par l'ensemble de ces constatations qu'on arrive à pouvoir établir à peu près correctement le bilan d'un diabétique, et c'est seulement après avoir comparé soigneusement les diverses données du problème qu'on doit commencer à exposer au malade quelles obligations sa situation lui impose.—Dr. P. Le Gendre, in *Concours médical.*

Impuissance virile.—Au congrès de Médecine interne de Wiesbaden, M. Fürbringer, de Berlin, a fait la communication suivante :

Il établit une distinction essentielle entre *l'impotentia generandi* et *coeundi* ; la première consiste dans la stérilité qui résulte de *l'aspermie*, c'est-à-dire du défaut de spermazoïdes, en l'absence de toute altération essentielle dans l'accomplissement de l'acte sexuel.

Il ne s'occupe que de *l'impotentia coeundi*, que Rockwell et Hammond ont déjà étudiée sous la désignation de " neurasthénie sexuelle. "

Dans l'impuissance nerveuse, proprement dite, c'est l'insuffisance de l'érection qui est la principale cause de l'impossibilité du coït. L'impuissance sexuelle, d'origine purement physique, sans aucun phénomène neurasthénique appréciable, est de beaucoup la moins fréquente ; *l'impotentia coeundi* coexiste presque toujours avec des indices de faiblesse irritative, et peut, ainsi que la spermatorrhée qui l'accompagne habituellement, constituer à son avis, dans bien des cas, l'unique symptôme d'une neurasthénie.

Tandis qu'il a recueilli 100 cas *d'impotentia generandi*, il possède 200 cas *d'impotentia coeundi*, d'origine purement nerveuse. Ces observations proviennent à peu près toutes de la clientèle privée. Bien que sur 15,000 malades traités dans son service d'hôpital, deux seulement se soient plaints de ce trouble fonctionnel, il ne croit pas qu'il soit cependant plus exceptionnel dans la classe ouvrière, et il attribue ce fait plutôt à l'incurie de cette catégorie sociale à l'égard des devoirs conjugaux et de l'acte sexuel en général.

Digitized by Google

Les âges extrêmes où il a constaté cette affection sont dix-huit et cinquante-deux ans; 50 0/0 de ces malades étaient dans leur quarantième année. En ce qui concerne les professions, sa statistique indique une fréquence plus grande chez les commerçants, les officiers, et surtout chez les médecins; chez les théologiens, elle n'est pas très rare, et les professeurs occupent sur sa liste le dernier rang.

Dans les antécédents de ces malades, il a noté l'onanisme (28 0/0), la gonorrhée (38 0/0), l'onanisme et la gonorrhée (13 0/0), les excès de coït naturel (10 0/0), la faiblesse irritative héréditaire (11 0/0). Il est à remarquer que l'ejaculatio extra vas naturale ainsi que la suspention volontaire du coït ne donnent pas lieu à une forme spéciale de l'affection, et que ce sont les excès sexuels et non leur accomplissement contre nature qui exercent une influence à cet égard. Chez presque tous ces malades l'état général varie avec les phases plus ou moins intenses de cette impuissance nerveuse, dont les symptômes concomitants consistent, suivant les cas, en céphalalgies, en troubles de la vue et de la parole, en phénomènes de dyspepsie nerveuse, en désordres cardiaques plus ou moins marqués, en un mot en divers indices d'une irritation spinale.

L'analyse des quatre phénomènes distincts qui interviennent dans l'acte sexuel (*erectio, libido sexualis, ejaculation, orgasmus*) permet d'établir quatre formes principales de l'*impotentia coeundi.*

Dans la première, qui est la plus fréquente, il existe, indépendamment de l'insuffisance de l'érection, un affaiblissement plus ou moins accusé aussi du désir, de l'éjaculation et de l'orgasme. Dans cette forme, qui intéresse à la fois les quatre facteurs de l'acte sexuel, il faut faire entrer en ligne de compte l'influence que peut exercer la frigidité féminine, assez ordinaire en Allemagne; dans certains cas, moins fréquents, il s'agit moins d'une *impotentia virilis* en réalité que d'une *impudentia muliebris.*

La seconde forme, caractérisée par les mêmes symptômes à peu près, mais ne différant de la première que par l'exagération des désirs sexuels, s'accompagne souvent de céphalées frontales et comporte un pronostic particulièrement fâcheux.

La troisième forme, caractérisée par la précocité de l'éjaculation, constitue une transition insensible entre l'impotentia coeundi et les pollutions diurnes.

Dans la dernière forme le désir et l'éjaculation existent, mais l'érection est anormale par le fait d'une activité cérébrale inopportune ou de préoccupations professionnelles.

Il va sans dire que pour établir le diagnostic de *l'impotentia coeundi*, il faudra examiner soigneusement les urines au point de vue du sucre et de l'albumine, et rechercher s'il existe des signes de tabes ou de tumeur cérébrale, tels que les gommes syphilitiques.

Quant au pronostic, il dépend surtout du degré de la neurasthé-

Digitized by Google

nie ; les statistiques de M. Fürbringer lui ont fourni 1/3 de guérisons et 1/3 d'améliorations.

Il faut être très réservé sur l'emploi des traitements locaux à l'aide des prescriptions médicales ou de pratiques instrumentales, qui sont inutiles au moins tant qu'il n'y a pas d'inflammation de l'uréthre, et qui exercent, même au point de vue moral, une influence fâcheuse dans les cas d'impuissance purement nerveuse. C'est surtout aux conditions hygiéniques que la thérapeutique aura recours ; il faudra, suivant les cas, imposer un repos physique ou intellectuel, prescrire l'abstinence sexuelle, les voyages et, dans bien des cas, le séjour dans un établissement spécial installé en vue du traitement de la neurasthénie. L'hydrothérapie et le massage peuvent rendre dans ces cas des services réels, mais les résultats de cette méthode sont loin d'être toujours favorables. Quant à la question du mariage, elle doit rester soumise à l'appréciation du médecin dans chaque cas particulier.—*Semaine médicale.*

Accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemin de fer.—Les accidents de chemin de fer ont souvent pour résultat de produire, même en l'absence de toute blessure, et par la seule influence du choc et de l'émotion, des troubles nerveux plus ou moins durables, très importants à connaître au point de vue du diagnostic, du pronostic et par suite des conséquences médico-légales relatives à la responsabilité pécuniaire des compagnies. M. Charcot a montré dans ses cliniques plusieurs exemples des états névropathiques divers que les collisions de chemins de fer peuvent faire naître chez des individus prédisposés. Ces états revêtent le plus souvent la forme clinique de l'hystérie ou de la neurasthénie. Ils peuvent durer longtemps, des mois, une année même, et dans des cas de ce genre, on a souvent cru à la simulation.

Il peut y avoir quelquefois de la paralysie, d'autres fois des attaques convulsives. On voit même, à la suite de ces émotions doublées de choc, éclater un accès de goutte ou une attaque de rhumatisme, le diabète, la paralysie agitante, la maladie de Basedow, etc.

L'opinion de M. Vibert, de M. Knapp (de Boston) qui voient dans les accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemins de fer une maladie particulière, névrose traumatique ou névrite périphérique, n'est pas acceptée par M. Charcot et ses élèves qui n'y voient que l'hystérie ou la neurasthénie latente éveillée par des excitations fortes, comme elles peuvent l'être, nous le savons, par l'action lente d'une intoxication, telle que l'alcoolisme, le saturnisme. L'*hystérie traumatique* fait pendant à l'*hystérie toxique*, ainsi qu'on le voit dans la thèse récente de M. Guinon sur les agents provocateurs de l'hystérie.—*Concours médical.*

Digitized by Google

CHIRURGIE

Pied-bot congénital et pied-bot acquis. Clinique de M. KIRMISSON à l'Hôtel-Dieu.—M. Kirmisson présente à sa clinique un petit enfant âgé de deux mois. Il y a seize jours sa mère l'a porté à l'hôpital et l'on reconnaissait que cet enfant était atteint d'un double pied-bot varus très prononcé. L'enfant était dans de très bonnes conditions de santé, nourri par sa mère; on lui a fait subir immédiatement le traitement suivant: Trois fois par semaine on lui fait du massage, on pratique lentement le redressement et on immobilise les pieds dans des appareils en gutta-percha. Il y a déjà une amélioration considérable. Le pied n'est plus à angle droit sur la gauche, l'enroulement du pied a disparu.

Si l'on considère les pieds-bots de cet enfant, on voit qu'ils vérifient les idées de Parkow, d'après lesquelles ce ne sont pas seulement les os et les tendons qui s'opposent au redressement du pied bot, mais bien souvent aussi les parties molles du pied, les parties fibreuses, l'aponévrose plantaire. Il semble en effet dans les pieds de cet enfant y avoir un véritable tissu cicatriciel. Aussi il est facile de comprendre que dans un cas comme celui-ci la ténotomie ne serait d'aucun secours thérapeutique; il faudrait mettre à nu toutes les brides et les détruire. Mais, étant donnée l'amélioration déjà constatée, il faut espérer qu'on n'aura pas besoin d'avoir recours à une opération sanglante. Ce cas démontre les résultats remarquables qu'on peut obtenir par les manipulations seules.

A côté du pied-bot congénital, on trouve nombre de pieds-bots acquis. L'étiologie de ces pieds-bots acquis a une origine bien diverse.

1o. Nous avons d'abord les pieds-bots par rétraction de la peau, par brides cicatricielles. On peut voir au musée Dupuytren un beau moule de pied-bot talus par bride cicatricielle. M. Kirmisson a opéré en 1883, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui, par suite de brûlures, avait une cicatrice de la partie postérieure de la jambe ayant provoqué un pied-bot varus équin. On comprend facilement sans insister que la ténotomie n'a ici qu'une valeur très relative.

2o. L'origine du pied-bot peut être dans une lésion articulaire, c'est ce qu'on appel le pied-bot arthropathique; c'est en général une lésion de l'articulation tibio-tarsienne, une arthrite fougueuse, qui, si elle n'est pas soignée, cause cette malformation. Des ostéites, des ostéomyélites peuvent aboutir à des déformations analogues.

3o. Quand on a à soigner une fracture de l'extrémité inférieure

Digitized by Google

de la jambe, il faut faire grande attention à placer exactement le pied à angle droit sur la jambe, et le pied bien dans l'axe de cette même jambe pour éviter la formation d'un valgus équin. Faute de ces précautions, on est ensuite obligé de pratiquer une résection tibio-tarsienne pour redresser le pied.

Toutes les variétés de pieds-bots que nous venons d'énumérer constituent des pieds-bots particuliers, de faux pieds-bots, de même que les torticolis osseux, cicatriciels, ne sont que de faux torticolis; le torticolis musculaire est le vrai torticolis, le pied-bot acquis vrai est le pied-bot musculaire.

La considération thérapeutique et pronostique du pied-bot musculaire est très différente.

Le pied-bot d'origine musculaire, par contraction ou paralysie, est le seul pied-bot véritable acquis.

La grande cause de ce pied-bot est la paralysie infantile, huit fois sur dix, environ. Cette affection se montre dans la première enfance, dans la seconde et quelquefois dans l'adolescence. Cette paralysie frappe inégalement un groupe de muscles, et même quelquefois le même muscle.

A côté de ceux-ci nous avons le pied-bot par contracture. M. Kirmisson a opéré en 1887 à l'hôpital Necker une femme qui, à la suite d'une phlegmatia alba dolens, avait été atteinte d'un double pied-bot acquis. Elle fut guérie par la section du tendon d'Achille suivie du redressement brusque.

Il y a encore le pied-bot qui succède à une myélite. Dans le service, au numéro 20 de la salle Saint-Landry, est un homme qui a été envoyé par M. Rouilly avec un pied-bot acquis. L'histoire de ce malade est intéressante. Depuis son enfance il est hémophyle, et à la moindre coupure il saignait abondamment et à la moindre contusion apparaissait une ecchymose. Un jour il a même failli mourir; sans le moindre traumatisme, une grande ecchymose est apparue au mollet, à la suite d'une hémorrhagie qui s'est produite dans l'épaisseur du jumeau interne. Cet accident a causé la rétraction fibreuse du muscle.

En cet état de choses, malgré l'hémophylie, M. Kirmisson se décida à tenter la section de la fibre tendineuse. Pour éviter l'écoulement du sang, la ténotomie faite, le redressement du pied étant fait, on appliqua sur la plaie de l'amadou trempé dans l'acide phénique et ensuite un appareil plâtré.

La sœur surveillante de la salle dut ensuite couper les bandes. Il y avait des phlyctènes sur la peau et des hémorrhagies. Le malade baissait rapidement, il avait des épistaxis, puis survint un phlegmon diffus du mollet qui s'est ouvert par de vastes eschares avec perte de substance considérable. Maintenant le malade va mieux, tout se calme. Son état a inspiré de vives inquiétudes; M. Hayem examina le sang, la question de la transfusion se posant. Ceci est en dehors de la question du pied-bot, mais intéressant au point de vue de l'hémophylie.

Digitized by Google

Les contractions hystériques peuvent aussi donner naissance au pied-bot.

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'anatomie pathologique du pied-bot acquis. Ce n'est qu'à la longue que les lésions osseuses deviennent à être aussi marquées que dans le pied-bot congénital.

Le pied bot varus équin est le pied-bot congénital par excellence. Les autres formes sont beaucoup plus rares. Le pied-bot valgus équin arrive au premier rang parmi les pieds-bots acquis ; viennent ensuite le talus, et enfin plus rarement le varus.

Dans le pied-bot acquis se voient le plus souvent des troubles trophiques, de la sudation, un abaissement de la température.

Diagnostic. Quand les commémoratifs son exacts, bien donnés par le père et la mère, le diagnostic se fait facilement. Mais souvent ces commémoratifs manquent, il est souvent difficile de distinguer si le pied-bot est acquis ou congénital. Dans le pied-bot acquis il y a ordinairement moins de difficulté au redressement ; circonstance bien indiquée par la thèse d'agrégation de M. Lannelongue de 1869. Mais il n'y a rien là d'absolu. Dans le pied-bot acquis il y a souvent de la déformation en sens inverse pour chaque pied.

Pronostic. Si le redressement est en général facile à obtenir dans le pied-bot acquis, en revanche la fonction est plus difficile à restaurer que dans le pied-bot congénital, et cela est facile à comprendre.

Thérapeutique. Ici il faut faire la place minimum aux opérations osseuses sans cependant les proscrire absolument. Il faut recourir à la ténotomie, au redressement brusque ou lent, avec massage.

D'après M. Charcot, dans les contractures hystériques, il ne faut opérer que quand les manifestations de la diathèse sont calmées, sous peine d'aggravation de la contracture.—*Praticien.*

A propos de l'opération du varicocèle.—Le Dr. P. Segond revient sur cette question de pratique chirurgicale dont nous avons parlé dans notre dernière revue : la cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices a fait son temps. C'est au bistouri que s'adressent, depuis plusieurs années, les chirurgiens qui ont remis en honneur cette excellente opération. Ils ont d'une manière combiné la ligature des veines, leur section, leur excision et la résection du scrotum. D'autres ont eu recours à la résection pure et simple du scrotum : tous ont obtenu de bons résultats. Aussi faut-il se garder de préconiser exclusivement tel ou tel des procédés récemment mis en œuvre et on ne peut guère énoncer que des préceptes généraux.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de varicocèle justiciable d'une intervention, il faut prendre en considération la nature des troubles fonctionnels, l'intensité des douleurs, le volume du varicocèle, l'état de relâchement des bourses, etc. Lorsque les varices sont petites, très douloureuses et les dimensions du scro-

Digitized by Google

tum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines (ligature ou mieux résection entre deux ligatures). De même lorsque le relâchement excessif est le symptôme dominant, la résection bilatérale du scrotum devient le procédé de choix. Il est enfin admis que dans la majorité des cas la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente: c'est aux méthodes combinées qu'il faut recourir.

Le procédé de résection scrotale mérite néanmoins l'attention : il est plus expéditif et moins grave que les opérations dans lesquelles on s'adresse à la fois aux veines et au scrotum. Les partisans de la résection bilatérale du scrotum (L. Championnière, F. Reclus) affirment l'excellence de leurs résultats. M. Segond est du même avis : il a pratiqué une fois cette opération sur un jeune garçon de 19 ans atteint d'un varicocèle gauche énorme et particulièrement douloureux. " Pour exécuter cette résection scrotale fort étendue; je n'ai, dit-il, employé aucun instrument spécial. Deux pinces hémostatiques ont d'abord jalonné deux points de l'incision que j'allais faire. Puis refoulant le plus haut possible les testicules et les maintenant ainsi relevés à l'aide d'une pince à mors longs et courbes modérément serrée, j'ai fait tendre le scrotum par un aide et, d'arrière en avant, avec un simple bistouri, j'ai pratiqué la résection comme on taille un lambeau cutané quelconque. Cela fait, j'ai pu tout à mon aise assurer l'asepsie et l'hémostase, puis j'ai suturé à l'aide d'une série de fils d'argent fins et très rapprochés. Huit jours après les fils étaient enlevés et la cicatrice solide. J'ai revu cet opéré trois mois après en parfait état ; il ne souffrait plus, le varicocèle avait notablement diminué et le scrotum formait toujours un étroit et solide suspensoir. "

En résumé, la résection du scrotum comme traitement du varicocèle est une opération très simple, qui n'exige aucun appareil instrumental spécial et qui est d'une bénignité avérée ; si les résultats qu'elle donne sont durables (comme il y a tout lieu de le penser), elle deviendra l'intervention la plus sûre et la plus simple dans beaucoup de cas jusqu'alors justiciables des résections combinées.—*Concours médical.*

Ponction exploratrice du cerveau.—Le Dr. Souchon fait une communication à la *Louisiana State Medical Society* sur l'utilité, au point de vue diagnostique de la ponction capillaire du crâne et du cerveau. Son procédé consiste à pratiquer, antiseptiquement, avec un petit foret convenable des trous presque capillaires dans la boîte cranienne, le cuir chevelu perforé au bistouri; par ces pertuis il fait des ponctions exploratrices avec une grosse aiguille hypodermique. Ses expériences, faites sur des chiens, n'ont pas été suivies de mauvais symptômes. Le docteur prédit pour un avenir prochain la ponction aspiratrice dans les hémorrhagies cérébrales. *New Orleans Medical and Surgical Journal.*

Digitized by Google

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'electrolyse linéaire.—M. le Dr. Fort, dans une lecture faite à l'*Académie de Médecine de Paris* sur ce sujet conclut ainsi :

1o. Notre electroliseur est un instrument nouveau.

2o. On ne saurait imputer à notre procédé les récidives survenues après l'opération pratiquée par d'autres procédés.

3o. Nos deux malades connus et publiquement opérés à la Clinique de M. le prof. Richet, à l'Hôtel-Dieu, il y a déjà un an, sont en bonne santé et sans menace de récidive, quoiqu'ils n'aient pas subi de dilatation consécutive.

4o. L'opération de l'électrolyse devrait être préférée à l'uréthrotomie, à la dilatation, et à la divulsion, même s'il était démontré que la récidive est la règle au lieu d'être l'exception.

5o. Nous sommes en possession, pour le traitement des rétrécissements, d'un procédé rapide, indolore et absolument inoffensif, l'electrolyse linéaire, procédé qui substitue à l'incision une destruction linéaire, non sanglante.

Traitement des cystites douloureuses par le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique.—Le docteur J. M. Lavaux dans une thèse récente sur ce sujet nous procure, croyons-nous, si l'on peut en juger par les excellents résultats obtenus, un procédé qui devra bientôt bannir l'usage de la sonde pour pratiquer les injections intravésicales. Chacun connaît les ennuis et surtout le peu de satisfaction qu'il éprouve dans le traitement des cystites rebelles ; l'obligation où l'on se trouve de faire usage de la sonde retarde certainement la guérison lorsqu'elle n'aggrave pas la maladie ; un nouveau moyen qui dispense de cet agent irritant, et qui procure le repos à l'organe malade, doit être accueilli et mis sérieusement à l'épreuve. Un second avantage du procédé, c'est que l'on adapte facilement la pression atmosphérique à la tolérance de la vessie.

L'appareil est constitué 1o. par un réservoir approprié permettant de noter la quantité du liquide employé; 2o. par un tube en caoutchouc de 6 ou 7 pieds de longueur ; et 3o. par une série de mandrins tubulés de 3 centimètres de long, dont les calibres gradués varient de $1\frac{1}{3}$ millimètre à 3 millimètres.

Les solutions employés sont une solution saturée d'acide borique; une solution sursaturée (8 % à 15 %) ; une solution de nitrate d'argent $\frac{1}{500}$ à $\frac{1}{250}$; une solution de cocaïne à 4 %.

Tout cathétérisme est proscrit ; les solutions sont laissées dans la vessie jusqu'à ce que le sujet éprouve le besoin d'uriner ; elles sont injectées sans employer la sonde, simplement en introduisant l'obturateur dans le méat et laissant le liquide s'écouler d'abord dans l'urèthre puis dans la vessie par l'action de la pression atmosphérique. Pendant l'injection le patient peut être debout ou couché.

Ces lavages sans sonde pourront être employés dans tous les

Digitized by Google

cas où le malade à la puissance de vider spontanément sa vessie: —avant et après toute opération sur les voies génito-urinaires (cathétérisme, uréthrotomie, etc.); mais surtout dans les cystites, soit calculeuses, blennorrhagiques ou tuberculeuses. Les solutions seront à une température de 100° à 104° F., excepté pendant la grossesse où il ne faut pas dépasser 98½ sous peine de susciter des contractions utérines. Lorsque la maladie est très douloureuses on peut injecter 10 à 20 grammes de la solution de cocaïne; lorsque les lavages deviennent moins douloureux on supprime peu à peu la cocaïne. On obtient généralement une disparition complète de la douleur au bout de 6 à 15 jours, et bien souvent le soulagement est immédiat. Le traitement doit être institué le plus tôt possible afin d'éviter les cystites interstitielles incurables, avec capacité vésicale très petite. La guérison est en général rapide, en huit ou dix jours parfois et n'exige que rarement l'emploi du nitrate d'argent.

Voici les conclusions de cette intéressante étude:

Le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique est possible grâce à nos appareils et à l'action anesthésique de la cocaïne chez tous les malades dont l'urèthre ne présente pas de grandes pertes de substance.

Fait d'après les règles que nous avons indiquées, ce lavage est aujourd'hui d'une simplicité extrême, d'une exécution facile et d'une innocuité absolue.

Le lavage de la vessie sans sonde et le lavage continu de l'urèthre antérieur permettent de faire une antisepsie rigoureuse de l'urèthre et de la vessie, ce qui diminue considérablement la gravité des opérations pratiquées dans ces régions. Ils rendent donc de grands services dans le traitement des calculs vésicaux et des rétrécissements de l'urèthre.

Le lavage de la vessie sans sonde permet de diagnostiquer certaines fistules uréthrales.

Le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique contitue le traitement de choix de toutes les variétés de cystites, *à condition que les malades puissent vider spontanément leur vessie d'une façon complète.* Les cystites dites douloureuses ne font nullement exception à cette règle.

L'anesthésie de la muqueuse vésicale peut être obtenue en quelques minutes avec une solution de chlorhydrate de cocaïne injectée dans la vessie sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique, suivant les règles que nous avons formulées.

Grâce à cette anesthésie directe de la muqueuse uréthro-vésicale et aux lavage de la vessie sans sonde on peut guérir aujourd'hui les cystites dites douloureuses sans recourir ni à la morphine, ni aux instillations de nitrate d'argent, ni à la taille.

La cystotomie appliquée d'une façon courante au traitement de cette variété de cystites constitue une erreur chirurgicale qui a les plus fâcheuses conséquences.

Digitized by Google

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

Trois cas de pratique obstétricale par M. le prof. BUDIN.—Nous avons eu coup sur coup dans le service trois malades intéressantes à des points de vue variés, et dont je vais donner l'observation en quelques mots.

I.—*Kystes du placenta.*—La première avait un placenta qui présentait quelques particularités. En l'examinant, on reconnaissait aisément que ce placenta renfermait des kystes. On sait que ces kystes peuvent être rangés en deux catégories. Les uns sont *placentaires*, c'est-à-dire qu'ils siègent dans l'épaisseur même du chorion. Les autres se rencontrent dans l'*amnios*. Ils sont beaucoup plus rares que les premiers.

Dans la grande majorité des cas, les kystes sont *hématiques*, c'est-à-dire constitués par l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sang dans l'épaisseur du chorion. La partie séreuse du sang forme une collection liquide qui soulève le chorion et l'amnios; on trouve alors un dépôt fibreux, une plaque généralement jaunâtre, à la partie profonde entre l'amnios et le tissu du chorion. Le volume de ces kystes est variable. Souvent égal à celui d'un pois, d'une noisette, il peut atteindre celui d'une mandarine.

Quelques auteurs ont nié l'existence des kystes *séreux* siégeant dans l'épaisseur même du placenta. Constitués par une plus ou moins grande quantité de sérosité, et ne contenant pas de plaques fibrineuses, ils sont donc purement séreux. Ces kystes, bien que rares, existent certainement. Ils ont été récemment bien décrits par Winkler.

Parfois, au lieu de siéger dans l'épaisseur du chorion, les kystes se rencontrent dans l'épaisseur même de l'amnios: ils sont donc vraiment *amniotiques*. Ils ont en général un très petit volume. On reconnaît aisément leur existence et surtout leur siège exact. Il suffit pour cela de décoller l'amnios du chorion, ce qui se fait aisément. Le kyste se décolle avec l'amnios, laissant le chorion intact au-dessous de lui. Il est donc facile de se convaincre qu'il s'est bien développé dans l'épaisseur de l'amnios entre celui-ci et le chorion, comme on pourrait le croire. Dans le cas actuel, nous trouvons plusieurs kystes, dont un est assez volumineux et translucide. C'est un kyste du chorion. Est-il hématique ou séreux? On peut penser qu'il appartient à cette dernière catégorie, car on n'y trouve pas la plaque fibrineuse qu'on observe dans les kystes hématiques.

II.—*Eclampsie.*—Le cas d'éclampsie qui vient de se présenter, offre quelques particularités qui rendent son étude intéres-

Digitized by Google

sante. Il s'agit d'une primipare, âgée de 34 ans, qui avait été assez bien portante, quand, au septième mois, elle ressentit de vives douleurs dans le bas-ventre, ensuite des nausées et du ptyalisme. Il y a un mois, il survint un gonflement œdémateux des membres inférieurs et de la face, qui envahit bientôt les organes génitaux externes. La malade éprouva ensuite de la céphalalgie, et des troubles de la vue. Un médecin examina soigneusement la malade, et pensant évidemment à la possibilité de l'éclampsie, prescrivit le régime lacté absolu. Cependant il manquait un signe important, caractéristique même dans le cas actuel : *il n'y avait pas d'albumine* dans les urines.

Le 29 février, la malade devint aveugle et le 1er mars, elle tomba dans un état comateux, perdit absolument la connaissance des faits qui se passaient autour d'elle, et ne s'aperçut pas de son transport à l'hôpital où elle fut tout étonnée de se trouver. Le 3 mars, il se produisit quatre attaques convulsives, et les contractions utérines apparurent. Par la palpation, on constatait que l'utérus remontait au niveau de l'épigastre. Il formait une tumeur volumineuse qui pouvait faire croire que la malade était à terme. Ses parois étaient dures, résistantes, en état de contracture presque constante. L'orifice cervical était perméable : la dilatation mesurait 1 à 2 centimètres. Les membranes étaient intactes et la poche des eaux peu saillante.

En déprimant les tissus, on sentait une partie fœtale mobile, ballottante, paraissant de petit volume : c'était la tête. On avait affaire à une présentation du sommet. Il y avait de l'hydramnios. L'enfant paraissait âgé de 6 mois et demi ou 7 mois. N'y avait-il pas une grossesse gémellaire ? La palpation faite à plusieurs reprises ne fournit aucun résultat, vu la résistance des parois utérines. L'auscultation permettait d'entendre, à droite, quelques bruits, mais ils étaient bien peu nets. A gauche, dans le lointain, il en était peut-être de même, mais il était impossible de rien conclure. Le diagnostic fut donc : éclampsie, hydramnios et grossesse gémellaire douteuse.

L'urine retirée par le cathétérisme fut examinée à plusieurs reprises sans y découvrir d'albumine. La température vaginale était de 38°,9. On prescrivit de donner le chloroforme, dès les premiers signes d'une attaque d'éclampsie. L'état resta le même quelque temps, puis il se produisit une attaque peu intense qui dura à peine deux minutes. A la visite du matin, la dilatation étant complète, on fit une application de forceps, puis, comme il existait une deuxième poche des eaux, et que le deuxième enfant se présentait par le sommet, on en fit l'extraction sans peine par la version. Il n'y eut ni attaque d'éclampsie, ni élévation de la température. Les enfants étaient bien portants.

Ce cas est remarquable par l'absence d'albumine dans les urines, malgré l'œdème, les attaques d'éclampsie et les différents

Digitized by Google

troubles nerveux que nous avons signalés: cécité, convulsions, etc. La conduite à tenir était toute tracée. Il n'y avait qu'à laisser marcher le travail et à terminer l'accouchement aussitôt que cela serait possible.

III.—*Prolapsus utérin compliquant l'accouchement.*—La femme dont il s'agit est âgée de 40 ans: elle a déjà eu un enfant qui est venu dans les conditions normales. La grosseur actuelle a été bonne; mais il faut noter que la malade se livrait à un travail extrêmement pénible. Au mois d'octobre dernier, cette femme constata l'existence d'une tumeur entre les grandes lèvres. Cette tumeur rentrait facilement par le repos au lit, mais la réduction en était difficile dans la station debout. En même temps, il y avait du malaise, de la pesanteur dans le bas-ventre, des pertes blanches assez abondantes.

Peu à peu la tumeur augmenta de volume, puis descendit assez bas et, à la fin de janvier, tout travail étant devenu impossible, la malade se mit au lit. La tumeur ne se réduisit pas. Dans la nuit du 1er au 2 mars, la poche des eaux se rompit, les douleurs se prolongèrent pendant deux jours et enfin on se décida à porter la malade à l'hôpital.

La tumeur mesure environ 15 centimètres à partir des grandes lèvres. Elle forme un cône tronqué à sommet inférieur. Au sommet de la tumeur existe une ouverture qui s'agrandit au moment des contractions. Elle est entourée d'un cercle rouge luisant. On constate l'existence de cicatrices, résultat de l'accouchement antérieur. La base de la tumeur est recouverte par une muqueuse violacée, sillonnée de plis transversaux, et appartenant à la paroi antérieure du vagin. Sur la lèvre antérieure, on remarque une ulcération qui empiète sur le vagin: sur la lèvre postérieure, il y a une ulcération plus petite.

On ne sent rien par le toucher dans l'intervalle des contractions, mais, pendant celles-ci, on constate la présence d'un pied en avant et d'une main en arrière. En introduisant le doigt plus haut, on reconnaît le siège et au-dessus, les parties génitales qui sont celles d'une fille. Une fois les contractions passées, les parties remontent pour redescendre ensuite. L'abdomen est un peu développé et, par la palpation, on trouve que le fond de l'utérus atteint à peine l'ombilic. L'auscultation fait entendre les battements du cœur à gauche. On a affaire à une présentation du siège en sacro-iliaque gauche, variété antérieure.

Quel était le diagnostic de la tumeur? On pouvait éliminer la cystocèle, la rectocèle et la chute des parois vaginales, à cause de la saillie considérable de la tumeur. En outre, l'ouverture décrite plus haut était typique de l'orifice utérin, de plus, on sentait, dans son intérieur, les parties fœtales. Avait-on affaire à un allongement hypertrophique ou œdémateux du col, ou bien encore à un prolapsus utérin? Evidemment, il s'agissait de ce dernier.

Digitized by Google

En effet, s'il existait d'une élongation du col, le fond de l'utérus aurait conservé sa position normale. L'élongation œdémateuse du col n'existe pas pendant plusieurs mois avant la grossesse, et elle n'est jamais assez prononcée pour produire une saillie aussi grande que celle qu'on observe actuellement.

Dans l'élongation hypertrophique du col, il existe tout autour de la tumeur un sillon profond qui manque chez cette malade. Enfin dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, on n'observe pas une tumeur extérieure de 15 centimètres de longueur : en outre, le col se dilate et s'efface très difficilement.

Dans le cas actuel, sous l'influence du travail, on vit l'utérus remonter peu à peu dans l'abdomen et se rapprocher de l'orifice vulvaire, si bien que l'orifice externe ne fut plus qu'à 3 ou 4 cent. de la vulve, puis rentra totalement. Les contractions continuèrent et, le travail marchant très lentement, les douleurs étant extrêmement vives, on donna le chloroforme, et M. Loriot, chef de clinique, termina l'accouchement.

On pourrait se demander pourquoi on ne l'a pas fait plus tôt ? Parce que, dans les présentations du siège, il ne faut pas faire l'extraction tant que la dilatation n'est pas complète, sous peine de s'exposer à voir la tête retenue par le col, comme dans une boutonnière, accident qui amène la mort de l'enfant. Dans le cas actuel, l'enfant était petit, la dilatation presque complète, M. Loriot est donc très opportunément intervenu. Il a eu soin de faire maintenir les lèvres du col par un aide et, chose que nous venons de dire, aussitôt l'enfant extrait, il a vu le col revenir sur lui même.

Vingt minutes après l'accouchement, il se produisit une hémorrhagie. Les injections d'eau chaude ne donnant pas de résultats, on fit la délivrance artificielle. Une partie du placenta était adhérente.

Chez cette malade, l'abaissement de l'utérus était incomplet. Généralement, quand le prolapsus existe avant le début de la grossesse, il y a fécondation directe dans la cavité utérine. Ici, il n'y avait pas de prolapsus avant la fécondation : il existait probablement un abaissement de la matrice ne faisant aucune saillie au dehors. Celle-ci se produisit au bout de quelque temps, par suite des efforts que la femme faisait continuellement par suite de ses occupations. On eut donc affaire à un abaissement progressif et enfin à un prolapsus utérin développé pendant la grossesse. Le plus souvent le prolapsus de l'utérus se montre au début du travail et le plus souvent sous l'influence de tractions exercées avec les forceps, quand la dilatation n'est pas complète ou que la tête est emprisonnée dans l'utérus.

Quand le prolapsus de l'utérus existe avec la grossesse, souvent, il disparaît sous l'influence de celle-ci, par suite du développement de l'utérus qui remonte, à un moment donné, au-dessus du détroit

Digitized by Google

supérieur. La grossesse guérit donc momentanément le prolapsus : elle agit de la même façon sur les hernies dont elle amène la réduction temporaire. Cependant le prolapsus peut persister pendant la grossesse, comme nous en avons un exemple.

Lorsque l'utérus gravide prolapsé n'est pas réduit, il se produit des phénomènes d'enclavement, de la rétention d'urine, de la constipation, quelquefois de la gangrène. L'accouchement a lieu prématurément, comme dans le cas actuel. Quelquefois, cependant, la grossesse peut aller jusqu'à son terme, mais c'est très rare, ce qui s'explique par le défaut de place. Il est exceptionnel de voir l'utérus en prolapsus complet, l'enfant étant ainsi porté en dehors de l'abdomen; l'utérus, dans ce cas, tombe jusqu'aux genoux et même plus bas. Cependant nous possédons quelques observations de ces cas singuliers, entre autres une de Fazzola. Dans ces circonstances, l'accouchement est long, difficile ; il se produit de l'inflammation œdémateuse du col. Il peut se faire des déchirures utérines. Mais, comme dans le cas de Fazzola, la malade guérit; M. Tarnier est porté à croire que la déchirure était, non pas utérine, mais vaginale.

Que faire dans un cas semblable ? Il faut mettre la malade au repos. On tentera ensuite de réduire l'utérus et, si on y arrive, on le maintiendra en place au moyen d'un pessaire ou d'un tampon. On a accusé ceux ci de provoquer l'accouchement prématuré. Cependant bien des femmes qui portent des pessaires mènent leur grossesse à terme.—*Abeille médicale.*

Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques.—Le Dr. E. Blanc a fait, sur ce sujet, dans les *Archives de tocologie*, une étude des plus intéressantes qu'il termine ainsi :

De ce qui précède il résulte qu'il existait dans les urines des éclamptiques examinées par nous, un microbe dont l'action pathogène se révéla à l'expérimentation par les effets suivants :

1o. *Convulsions générales.* Chez les lapins ces convulsions sont suivies à bref délai de la mort de l'animal. La gravidité constitue pour elles une prédisposition manifeste.

2o. *Tuméfaction inflammatoire intense au niveau des points inoculés* Cette inflammation se produit chez les animaux qui ont résisté aux accidents généraux graves du début ; elle est bientôt suivie de sphacèle. Après guérison de ces accidents les animaux jouissent vis-à vis du même microbe d'une immunité assez grande, mais qui n'est pas absolue.

3o. *Accidents divers d'ordre infectieux.* Abcès miliaires, phlébite, élévation de température.

4o. *Déterminations rénales de gravité variable et albuminurie.*

Tranchées utérines.—Le Dr. Rivière publie, au sujet de leur traitement assez délicat, un long et intéressant mémoire dans la

Digitized by Google

Gazette des sciences médicales de Bordeaux. Voici les principales conclusions de ce mémoire:

Des propriétés de la fibre musculaire utérine, les plus essentielles sont *l'extensibilité*, *la rétractilité* et *la contractilité*.

La rétractilité est antagoniste de l'extensibilité. Propriété inhérente à la fibre utérine et survivant même à la mort, elle dépend cependant en partie de la nutrition ou tout au moins de la composition chimique du muscle.

Cette propriété est essentielle, car elle permet à l'utérus de revenir spontanément sur lui-même, dès qu'il tend à se produire du vide dans la cavité utérine.

La rétractilité est généralement mieux assurée et plus parfaite chez la primipare que chez la multipare.

Elle est moins puissante au niveau du segment inférieur et du col qu'au niveau du corps.

La contractilité intervient chaque fois qu'il y a dans l'utérus un corps étranger à expulser; elle est généralement douloureuse.

La rétractilité et la contractilité sont deux propriétés absolument distinctes qui, tout en se prêtant souvent un mutuel appui, au point d'être facilement confondues, n'en agissent pas moins indépendamment l'une de l'autre.

La contraction n'est pas toujours suivie de rétraction, ni la rétraction toujours précédée de la contraction. Celle-ci enfin n'est pas constamment suivie de rétractation. Les deux propriétés sont donc bien indépendantes.

Les tranchées utérines sont des contractions douloureuses qui surviennent après les couches, plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

Elles reconnaissent pour causes toutes celles susceptibles d'éveiller des contractions suffisamment énergiques de l'utérus.

Elles se produisent suivant deux mécanismes différents:

1o. Lorsqu'il y a *défaut de rétractilité* et par suite, formation de caillots qui nécessitent, pour être expulsés, l'intervention des contractions. Celles-ci sont alors d'une notable utilité;

2o. Lorsque, *malgré une rétractilité suffisante, les contractions persistent*, sollicitées par l'entraînement, par l'emploi intempestif du seigle ou par la rétention de débris placentaires ou de caillots assez volumineux. Elles sont alors quelquefois utiles, plus souvent inutiles ou même nuisibles.

Il n'est pas toujours facile de déterminer si ces douleurs, qu'il est du devoir de l'accoucheur de chercher à calmer, sont dues à des contractions utiles ou nuisibles.

La contraction et la douleur constituent, en tout cas, *deux éléments distincts*. La douleur est un effet de la contraction, mais n'est pas fatalement liée à elle, puisqu'il y a des contractions indolores, quoique énergiques.

Si la contraction, dans les tranchées, est parfois utile, la douleur

Digitized by Google

n'est jamais indispensable. Il faudrait pouvoir supprimer la douleur sans empêcher la contraction de se produire.

L'opium calme la douleur parce qu'il supprime la contraction ; *l'antipyrine fait aussi disparaître la douleur, mais sans toucher à la contraction.* Elle doit donc, dans la majorité des cas, être préférée à l'opium.

L'antipyrine ou analgésine est, en effet, le remède des douleurs et de la douleur (G. Sée) quelle qu'en soit la nature, parce qu'elle est un puissant modérateur de l'excitabilité nerveuse.

N'agissant que sur la douleur, l'antipyrine n'empêche nullement la contraction de se produire, mais elle la rend indolore. La fréquence et la puissance des contractions ne sont aucunement modifiées.

Un gramme d'antipyrine administré par la bouche suffit parfois pour calmer complètement et définitivement les tranchées, 12 fois sur 28. Deux grammes, pris en deux doses à une heure d'intervalle constituent un maximum, 20 fois sur 28, qu'il est rarement nécessaire de dépasser.

Dans les cas assez rares, 4 fois sur 28, où l'antipyrine ne supprime pas définitivement la douleur, elle en diminue toujours et instantanément l'intensité ; parfois même elle amène un calme complet, mais qui ne dure pas.

Lorsque son influence reste nulle ou peu efficace, l'attention doit être éveillée sur la possibilité de rétention dans l'utérus de débris placentaires, et sur le danger d'accidents infectieux consécutifs.—*Revue de thérapeutique.*

Avantage imprévu de la crémation.—Une dame était en villégiature chez une de ses amies. Peu au courant des habitudes de la maison, elle cherchait la poudre dentifrice. N'en voyant pas sur la table de toilette, elle regarda aux alentours.

Près de là, un vase élégant renfermait une poudre blanche. La visiteuse y goûta, et ne doutant pas que c'était ce qu'elle cherchait, s'en servit pour se nettoyer les dents. Le lendemain, elle félicita son amie de l'excellence de sa poudre dentifrice et lui demanda où on pouvait s'en procurer de semblable. Etonnement de l'hôtesse, qui n'usait pas de poudre dentifrice et ne s'en connaissait pas chez elle.

La dame précisa l'endroit de sa découverte, la forme du vase qui la contenait. " Malheureuse, vous vous êtes brossé les dents avec des cendres ! Tout ce qui me restait de mon pauvre mari. "

Digitized by Google

PÆDIATRIE.

Des hémiplégies de l'enfance.—L'histoire des paralysies hémiplégiques de l'enfance est encore bien obscure, malgré le nombre des faits observés cliniquement. Ce qui contribue à cette obscurité, c'est le manque d'autopsies et le diagnostic repose souvent sur l'hypothèse.

De là le groupe encore abmissible des *hémiplégies essentielles* nerveuses appelées à tort hystériques, et dans lesquelles on constate l'action réflexe d'artenia, l'action réflexe de la dentition; l'action de la chaleur; l'irritation périphérique des nerfs comme on l'a vu dans les ponctions de la pleurésie, la corrosion des nerfs pharyngiens dans la diphtérie, l'altération consécutive des organes atteints de maladie aiguë.

On commence à mieux connaître les *hémiplégies spinales* causées par l'atrophie des cellules des cordons antérieurs de la moelle, hémiplégies qui n'atteignent pas la forme et qui font l'atrophie rapide des muscles paralysés. Ces hémiplégies se distinguent des *hémiplégies cérébrales* qui s'accompagnent habituellement de paralysie faciale, comme l'hémorrhagie encéphalique ou méningée; comme dans les gliômes et tubercules du cerveau, dans les embolies cérébrales, dans les thromboses de l'artère basilaire ou sylvienne, etc., et alors on trouve toujours des lésions récentes ou anciennes qui rendent compte de la paralysie.

Dans ces paralysies, la perte des mouvements est plus ou moins complète, puis l'état s'améliore un peu et permet jusqu'à un certain degré l'usage du bras ou de la jambe. Le membre paralysé s'atrophie, se refroidit, diminue de longueur et offre parfois de la contracture. Ces cas sont incurables. Chez quelques enfants la paralysie s'accompagne de spasme.

De toutes ces hémiplégies il n'y a que les hémiplégies nerveuses et réflexes, les hémiplégies de cause organique sont à peu près incurables. On peut les améliorer, empêcher et corriger les difformités qu'elles entraînent, telles que l'atrophie des membres, les contractures, les rétractions qui font le pied-bot, mais c'est tout ce que l'on peut prétendre.

Au contraire dans les hémiplégies nerveuses essentielles de nature réflexe ou autre, l'électrisation par courants continus et la faradisation, le massage, les bains stimulants, les pointes de feu sur le rachis, les douches d'hydrothérapie, l'aquapuncture, sont très utiles. A l'intérieur il faut donner la noix vomique à doses croissantes ou la teinture 10 à 30 gouttes fractionnées et enfin le sulfate de strychnine en granules de un demi-milligramme, deux, quatre

Digitized by Google

huit et dix par jour selon l'âge des enfants et leur tolérance. Il faut élever la dose jusqu'au moment où l'on constate un peu de serrement intermittent des mâchoires.

Quant aux hémiplégies spinales, il faut, dès le second jour, commencer l'électrisation par courants continus pour empêcher la dénutrition des muscles et administrer la strychnine aux doses indiquées plus haut avec les précautions nécessaires ; si l'on ne veut pas donner la strychnine en granules, il faut l'employer en injections hypodermiques dans les muscles paralysés. Les résultats sont excellents.—*Paris médical.*

L'ascite chez les enfants.—Le docteur LeGendre termine ainsi un travail sur ce sujet :

En résumé, l'ascite existe à toutes les périodes de l'enfance.

Chez le fœtus elle est liée le plus souvent à une cirrhose, elle cause la dystocie et requiert la ponction pour que l'accouchement s'accomplisse.

Chez les enfants, dans l'immense majorité des cas, elle dépend d'une tuberculose péritonéale ou exceptionnellement d'une compression de la veine porte par des glanglions caséeux.

Elle peut aussi dépendre d'une cirrhose soit atrophique, soit hypertrophique.

Mais en tout cas, *quand il existe une ascite, il faut en rechercher la cause* ; car il est à peu près certain que l'ascite idiopathique n'existe pas.

Le pronostic et la thérapeutique découlent de ce diagnostic étiologique ; car tandis que l'issue est fatale, inévitable, quoi qu'on fasse, dans la cirrhose atrophique chez l'enfant, il y a des faits qui prouvent que la guérison est possible dans certains cas de cirrhose hypertrophique, syphilitique ou impaludique, par des médications spécifiques appropriées (mercuriaux, iodures, quinine.)

Dans l'ascite par tuberculose péritonéale le pronostic n'est pas absolument mauvais ; il est même relativement bon, car cette forme est curable soit par les efforts spontanés de l'organisme, soit grâce à une thérapeutique sagement dirigée.

Contre la tuberculose causale, la créosote, l'huile de foie de morue, la suralimentation ; régime lacté.

Contre l'épanchement, purgatifs et diurétiques, l'action constante de révulsifs (badigeonnages iodés, vésication, ignipuncture,) alternant avec des résolutifs (collodion élastique, compression méthodique).

Il semble préférable de ne pas faire la ponction à moins qu'on n'ait la main forcée par une dyspnée menaçante consécutive au refoulement du diaphragme ; car il est très possible que l'épanchement, en isolant les feuillets de la séreuse et en écartant les viscères abdominaux, s'oppose dans une certaine mesure, à la propagation du processus tuberculeux.—*Concours médical.*

Digitized by Google

MALADIES MENTALES.

Des tics et des tiqueurs.—Clinique de M. le Prof. CHARCOT, à la Salpêtrière. Je vais vous présenter un homme d'une quarantaine d'années, qui présente, à un très haut degré, le phénomène désigné sous le nom de tic. Trois à quatre fois par minute, son bras droit et l'épaule correspondante sont animés subitement d'un mouvement brusque irrésistible, qui tend à porter le membre au-devant de la face ; ce mouvement ressemble au mouvement instinctif de défense que nous faisons tous lorsqu'un corps vulnérant menace notre figure, mouvement qui paraît être sous la dépendance des nerfs de la cinquième et de la sixième paires cervicales. Ce mouvement est quelquefois assez prononcé pour que le malade se donne des grands coups dans la figure. Parfois, le mouvement de défense est accompagné d'un mouvement analogue portant sur le membre inférieur droit et sur le côté droit de la face. Enfin, il n'est pas rare de voir se surajouter à cet ensemble symptomatique un cri inarticulé, assez fort pour être entendu de toutes les personnes qui entourent le malade.

Comme vous le voyez, le tic dont cet homme est atteint est très prononcé, et nous sommes autorisés à le ranger dans la catégorie des grands tiqueurs, qui ne diffèrent des tiqueurs vulgaires que l'on rencontre journellement autour de soi, que par l'intensité du phénomène.

Il n'est pas un de vous, en effet, qui n'ait eu l'occasion de rencontrer des personnes chez lesquelles il se produit, à un intervalle régulier, un mouvement brusque et involontaire des yeux, du cou, du bras, etc. Ces mouvements, ces tics, comme on dit, sont toujours systématisés et rappellent les mouvements de l'état sain, ce sont des mouvements logiques et qui ne gênent pas, outre mesure, à la condition toutefois de ne pas avoir l'ampleur et la fréquence du tic dont vous êtes témoins sur notre malade. Aussi, ne s'inquiète-t-on pas beaucoup dans le monde, des personnes qui ont des tics. C'est une infirmité, sans doute, mais elle n'a pas d'autres conséquences que de rendre plus ou moins disgracieux ceux qui en sont atteints. En tous cas, elle ne saurait les empêcher de vivre de la vie de tout le monde.

Il y a dans cette manière de voir une profonde erreur. Sans doute les phénomènes apparents que l'on observe chez les tiqueurs ne sont rien par eux-mêmes, mais ils couvrent quelque chose de sérieux : on peut affirmer, en effet que le régime cérébral du tiqueur n'est pas le régime cérébral de tout le monde.

Il y a d'abord lieu de tenir compte de ce fait que le tic peut se transformer. C'est d'abord un tic de la face des plus vulgaires, sans importance, mais ce tic, à un moment donné, devient plus intense, plus complexe, d'autres mouvements s'ajoutent aux mou-

Digitized by Google

vements primitifs et parfois, ils s'accompagnent de cris, de bruits, d'exclamations qui, ainsi que vous allez le voir, peuvent avoir pour les malades les plus graves conséquences.

Chez notre malade, ces bruits sont à l'état d'ébauche et n'ont rien de particulièrement choquant, c'est un *Ah !* plus ou moins intense qui éveille l'attention des personnes qui entourent le malade et rien de plus. Mais les choses n'en restent pas toujours là, et M. Gilles de la Tourette a montré que dans ces exclamations sans importance on retrouverait un germe de la manie désignée sous le nom de coprolalie. La simple exclamation dans ce cas est remplacée par un mot, une phrase, prononcée involontairement et avec force au moment même ou le tic se produit ; or, ce mot, cette phrase est presque toujours un mot grossier, une phrase grossière, et qui serait imprononçable autrement que devant des médecins. Un des mots les plus fréquemment employés par ces malades, est un mot de cinq lettres, le mot de Cambronne, le mot *merde*. Mais il n'est pas le seul, et pour mon compte, j'ai entendu une dame du grand monde, très bien élevée d'ailleurs, dont le tic consistait à s'écrier tout haut : *foutre, cochon, merde, nom de Dieu.* Comme cette dame n'avait en aucune façon la faculté de se retenir au moment où elle allait prononcer ces paroles, qu'elle les prononçait par conséquent partout où elle se trouvait, je vous laisse à penser les inconvénients résultant d'une pareille infirmité.

J'ai connu une jeune fille de 15 ans, appartenant à l'une des meilleures familles de Bordeaux et qui se trouvait dans des conditions analogues. Son père avait un tic vulgaire, mais il avait transmis à sa fille un tic bien autrement grave, puisqu'il consistait dans les exclamations suivantes : *Va-t-en, imbécile ! Nom de Dieu ! Merde !* Quelquefois, elle avait assez de puissance sur elle-même pour dire ces mots tout bas, mais alors elle se sentait mal à l'aise, elle n'éprouvait pas le soulagement qui accompagnait la prononciation de ces mots à haute voix. Pour elle, la nécessité de prononcer les mots orduriers que je viens de vous indiquer se manifestait sous la forme d'une crise, et elle ne pouvait obtenir la résolution de la crise qu'à la condition de prononcer ces mots à très haute voix.

Cette demoiselle remplaçait quelquefois les expressions que vous connaissez par le cri d'un chien ; elle jappait, et comme auprès d'elle vivait précisément un chien, ce dernier bruit n'était autre chose que l'imitation irrésistible d'un son qu'elle avait entendu. Il est fort probable qu'il en était de même pour les mots orduriers, et comme autour d'elle, dans sa famille, de semblables mots n'avaient jamais été prononcés, il y a lieu de supposer qu'elle les avait entendus sur la rue ou sur le port, et que spécialement frappée par d'aussi abominables expressions, son esprit s'y était attaché d'une façon inconsciente, au point que leur répétition était devenue la manière d'être d'un tic qu'elle tenait de l'hérédité paternelle.

Digitized by Google

J'ai également un petit Russe dont le tic se caractérisait par l'exclamation : *Aïe*. Cette exclamation était passée à l'état de tic depuis le jour où l'enfant, s'étant pincé dans une porte, avait jeté le cri de douleur qu'exprime assez exactement le mot *aïe*.

Enfin, pour en terminer avec ces exemples de coprolalie, que je pourrais multiplier à l'infini, je vous signalerai un petit garçon dont le tic consistait à dire : *merde, couillon*. Un jour qu'il regardait des enfants de son âge jouer aux billes, ceux-ci, prenant pour eux ce qui n'était que la conséquence d'un tic involontaire, tombèrent sur lui à bras raccourcis et lui firent payer cher les injures qu'il leur adressait cependant bien innocemment.

Ces quelques exemples suffiraient, je pense, à vous montrer la gravité des tics, mais ce n'est pas tout. Il y a encore à considérer, chez le tiqueur, un côté psychique qui a son importance.

Tous ces malades rentrent dans la catégorie des individus que l'on désigne sous le nom de " dégénérés " — mot qui n'est pas juste, puisque, chez eux, on en trouve souvent d'une grande intelligence—et que je préfère remplacer par celui " déséquillibrés " ou pour mieux dire " d'héréditaires. " Tous ces tics sont des stigmates héréditaires.

Vous pouvez voir la confirmation de ce que j'avance chez le malade qui fait l'objet de cette leçon. Interrogez-le et il vous apprendra que toutes les fois qu'il est sur le point de mettre une lettre à la poste, il hésite ; à peine est-elle au bord de la boîte, qu'il la retire, la regarde, examine si l'adresse y est ; si la lettre est cachetée, il la décachette pour la relire et, bien qu'il se soit assuré à plusieurs reprises que tout est en règle, ses hésitations se reproduisent. Souvent il fait trois ou quatre bureaux de poste avant de se décider à jeter la lettre qu'il tient. C'est là la folie du doute, symptôme qui n'est en somme que l'exagération maladive d'un sentiment que nous avons tous à l'état normal et qui peut exister d'ailleurs avec l'intégrité apparente de toutes les fonctions cérébrales.

Chez notre malade, nous avons encore autre chose. Il y a d'abord ce fait que l'on ne peut pas mettre un rasoir devant ses yeux sans qu'immédiatement il lui vienne avec ténacité à la pensée que ce rasoir coupe, qu'avec lui on peut se tuer et tuer d'autres personnes. C'est là une obsession, obsession terrible, parce que souvent l'impulsion suit et l'homme qui en est atteint accomplit l'acte dont il est obsédé.

J'ai connu un homme dans des conditions analogues qui ne peut aller en chemin de fer et voir la portière sans songer qu'elle peut s'ouvrir et qu'il peut être précipité sur la voie. Cette obsession est tellement violente, qu'il sent que malgré lui il est disposé précisément à ouvrir cette portière et se précipiter dehors : aussi ne voyage-t-il jamais sans domestique dont le rôle consiste à s'opposer, au besoin par la force, aux tentatives qu'il pourrait faire pour obéir à son impulsion.

Digitized by Google

Notre malade a encore autre chose qui le range parmi les psychiques : il est mysophobique. Il ne peut voir un objet en cuivre sans éprouver une grande émotion, et si par hasard il a touché à cet objet il faut qu'il se lave les mains à diverses reprises : encore est-il qu'il n'est jamais certain de les avoir suffisamment nettoyées.

J'ai connu un vétérinaire qui éprouvait des phénomènes analogues, et chose particulièrement pénible étant donnée sa profession, c'est quand il touchait des animaux qu'il éprouvait le besoin irrésistible de se laver outre mesure. Il était arrivé à ne pouvoir exercer sa profession qu'en mettant des gants.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger les malades atteints d'agoraphobie ou de claustrophobie.

De même également cette femme que j'ai observée et qui avait, comme manie, cette idée fixe que les objets inanimés souffrent quand ils restent en place. D'après elle, un animal quelconque, une plante même, restaient immobile parce que cela leur convenait : donc ils ne souffraient pas de cette immobilité, mais un verre, une carafe, une chaise, etc., ne pouvant se déplacer à leur guise, souffraient de cet état. Aussi passait-elle son temps à changer de place tous les objets inanimés, qui se trouvaient autour d'elle.

C'est également dans la catégorie des tiqueurs que je rangerai un homme qui paraissait d'ailleurs très intelligent et qui vint me trouver un jour le cahier à la main, en me disant : " Voilà monsieur qu'elle est ma maladie. " Un peu intrigué d'une pareille affirmation, je lui demande quelques explications et voici ce qu'il m'apprit :

Sur le cahier qu'il venait de me montrer, il avait écrit par lettre alphabétique le nom de tous les habitants de Rouen, ses concitoyens, et cela parce que de temps à autre la physionomie de l'un d'entre eux se présentant à son esprit, il éprouvait le besoin irrésistible de savoir son nom. Or, il trouvait ce nom sur son cahier et dès lors, il était satisfait. Ce besoin était tellements impérieux que lorsqu'il avait oublié son cahier à un moment où il en avait besoin, il était capable de faire un long voyage rien que pour le retrouver.

C'est là un cas bizarre d'onomatomanie qui n'est pas unique et j'en ai observé deux autres à peu près identiques.

L'un était un Flamand qui avait ses noms écrits en flamand et en français, parce que ces deux langues étaient parlées dans son pays. L'autre était un Français et ses noms se trouvaient écrits sur des feuilles volantes. Comme je lui disais que ces feuilles pouvaient se perdre, il me fit remarquer qu'il avait prévu le cas, et qu'il avait toujours un Bottin à sa disposition !

Cette fréquence relative d'une manie fort bizarre par elle-même, s'explique facilement par ce fait que nous éprouverons tous, à l'état débauche, le sentiment qui était devenu pathologique chez mes trois malades. Nous ne pouvons en effet porter notre souve-

Digitized by Google

nir sur une personne absente sans vouloir immédiatement lui donner son nom, et ce nom, nous le recherchons avec plus ou moins de tenacité lorsque nous l'avons oublié.

Quoi qu'il en soit de ces états, vous vous rappellerez ce que je vous ai dit, c'est qu'ils sont toujours le stigmate d'une tare cérébrale ; j'ajouterai d'une tare héréditaire.

Vous avez vu cette hérédité être très nette chez une jeune fille dont je vous ai parlé et dont le père avait un tic.

Dans le cas particulier du malade qui a été l'objet de cette leçon, l'hérédité paraît faire défaut en ce sens que ni son père ni sa mère ne paraissent avoir eu des maladies nerveuses. Mais en interrogeant avec soin les antécédents nous apprenons qu'au moment où sa mère est devenue enceinte elle était employée chez un banquier qui lui-même avait un tic. Or, dit notre malade, la vue constante de ce patron, atteint d'une maladie nerveuse, a suffi pour troubler la grossesse et donner à l'enfant qui en est résulté, le tic que vous avez pu constater.—*Tribune médicale.*

Aphasie motrice.—Clinique de M. Ballet à l'hôpital Necker. Au numéro 18 de la salle des femmes est couchée une malade qui est le véritable type de l'aphasie motrice. Nous allons profiter de ce cas pour étudier la question de l'aphasie.

Cette femme est âgée de vingt-huit ans. Son histoire est simple. Elle a eu cinq enfants. Ses grossesses se sont passés sans incidents, mais au mois d'avril dernier, étant enceinte de huit mois, elle fut atteinte d'hémiplégie du côté droit et d'aphasie.

La paralysie qui portait sur la face, le membre supérieur et le membre inférieur, dura pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet. Peu à peu la mobilité réapparut et la malade cessa presque complètement d'être hémiplégique.

Donc, hémiplégie curable disparaissant pendant que l'aphasie reste telle qu'au premier jour. Rappelons à ce moment quelques notions sur l'aphasie.

On appelle *aphasie* toute perte particulière ou totale d'un des procédés qui nous servent à entrer en relation avec nos semblables; c'est la perte du langage. Quels sont les éléments du langage?

Nous entrons en relations avec nos semblables par deux procédés : ou bien ils communiquent avec nous, ou bien nous communiquons avec eux, fonctions centripètes, fonctions centrifuges. D'abord par l'*audition* nous interprétons les paroles entendues, c'est la faculté auditive verbale ; ensuite par la *lecture* nous interprétons les paroles écrites ; cette interprétation des mots entendus et des mots lus est une fonction centripète.

Pour les fonctions centrifuges, nous allons communiquer par la parole et l'écriture.

Il y a un autre procédé accessoire, c'est le langage mimique employé par les sourds-muets qui n'ont pas été éduqués. Mais, au

Digitized by Google

point de vue pathologique, cette forme du langage a moins d'importance.

Chacun de ces quatre modes de langage, audition et lecture, parole et écriture, peut être isolément troublé, d'où autant de formes particulières d'aphasie.

A. Supposons la perte de la faculté d'entendre les mots; le malade lira, il continuera à parler, à écrire, mais il ne comprendra pas les mots prononcés à son oreille; il ne les interprétera pas, il entendra seulement un son sans signification. Certains malades présentent ce trouble; c'est ce qu'on appelle la *surdité verbale.*

B. Dans le cas de perte de la faculté de *la lecture*, le malade verra les lettres sur le papier sans interpréter ces signes qui seront pour lui des hiéroglyphes. Et malgré tout, ces malades peuvent conserver la faculté d'écrire. C'est qu'en effet ces deux facultés sont deux opérations différentes correspondant à deux centres nerveux différents. La perte de la faculté de lire s'appelle *cécité verbale.*

C. La faculté d'exprimer sa pensée par la *parole* est communément abolie chez les malades; ils ne peuvent trouver le mot, ils en ont perdu le souvenir moteur. C'est là le cas de notre malade, c'est l'*aphasie* motrice, type Bouillaud-Broca.

D. La perte de la faculté d'écrire les mots, l'*agraphie*, existe rarement à l'état de trouble isolé.

Il y a d'autres troubles plus complexes, mais ceux de ces quatre facultés du langage se rencontrent assez rarement absolument isolés. Mais il a suffi d'observer une fois un trouble distinct pour établir son indépendance clinique.

Dans cette étude, cette analyse clinique n'est pas sans intérêt, car elle va permettre de remonter à la lésion. L'anatomie-clinique a démontré que tel territoire était lésé. Quels sont donc ces territoires?

Avec *surdité verbale*, il y aura lésion de la première circonvolution temporale; avec la *cécité verbale* la lésion sera au niveau du pli courbe; avec l'*aphasie motrice*, le pied de la troisième circonvolution frontale sera touché; enfin, s'il y a *agraphie*, vraisemblablement—car les observations sont encore peu nombreuses—la lésion occupera le pied de la deuxième circonvolution frontale. Toutes ces localisations sont dans l'hémisphère gauche.

Ces principes généraux rappelés, il nous est facile d'analyser le cas d'aphasie qui nous occupe.

Explorons d'abord chez notre malade la faculté d'entendre. On lui demande la main, elle la donne; on la fait marcher, etc., elle obéit, elle fait ce qu'on lui commande, elle n'a donc pas de surdité verbale.

A-t-elle de la cécité verbale? Pour s'en assurer, puisqu'elle a de l'aphasie motrice, il faut la faire lire mentalement, c'est-à-dire que nous allons lui donner des ordres par écrit. Elle ne peut pas lire, elle a de la cécité verbale.

Digitized by Google

Nous savons déjà qu'elle a de l'aphasie motrice, elle ne peut trouver un mot, ne peut nommer un seul objet.

La malade est-elle agraphique? Dans la plupart des cas, l'examen de cette fonction est difficile, car, en général, les malades sont hémiplégiques droits. Mais précisément l'hémiplégie de notre sujet a disparu, nous l'avons vu. On cherche à lui faire écrire son nom; elle le fait à peu près; elle n'a pas d'agraphie.

En résumé, pas de surdité verbale, mais cécité verbale et aphasie motrice, sans agraphie.

De quelle façon son cerveau est-il touché?

Nous sommes certains qu'elle a une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale. Mais elle a de la cécité verbale sans lésion du pli courbe, par la raison qu'elle n'a jamais su bien lire; elle a de la cécité verbale congénitale. Elle a peu fait travailler son pli courbe.

Cherchons maintenant la nature de sa lésion. Quelles sont les lésions qui peuvent déterminer la perte de la fonction?

D'abord, il peut y avoir du spasme des artères comme dans la migraine ophtalmique. Certaines intoxications (tabac, santonine) peuvent aussi déterminer du spasme. Mais ce sont là des aphasies passagères.

Quelles sont alors les lésions durables pouvant provoquer l'aphasie? L'hémorrhagie la détermine rarement. Il y a le ramollissement, soit par embolie (cardiaques), soit par thrombose (vieillesse et syphilis).

Pourquoi notre malade a-t-elle fait du ramollissement? Il est probable que sous l'influence de la grossesse un caillot parti du cœur est allé déterminer une embolie.

Que va devenir cette aphasie? La malade va-t-elle refaire son centre cérébral détruit? Non. Elle va se servir des parties environnantes, et elle le fera en s'exerçant, en rapprenant ses mots. Dans ces cas, peut-être, les malades peuvent-ils éduquer l'hémisphère opposé.

C'est là le véritable traitement de l'aphasie, quand la lésion est constituée une fois pour toutes. Il faut procéder comme avec les enfants auxquels on apprend à parler.—*Praticien.*

L'ouverture officielle du *Johns Hopkins Hospital* a eu lieu le 7 mai dernier. Cet hôpital est certainement un des plus beaux et des plus complets qui se puissent voir dans le monde entier. Il se compose de 17 corps de bâtisse couvrant 4 âcres de terrain et entourés de 19 âcres de parc, jardin, etc. Les travaux de construction ont été commencés il y a plus de dix ans, et le coût total en est de $2,050,000.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Coryza sec.

P.—Amidon en poudre..... } ââ p. é.
Acide borique..... }
Teinture de benjoin de Siam..... }

Mêlez, triturez un instant, faites sécher à une douce chaleur et enfermez dans une boîte sans pousser plus loin la pulvérisation. —*Courrier médical.*

Rhumatisme.—*Solis Cohen*

P.—Salicylate de soude..... 4 drachmes
Glycérine..... 2 onces
Huile de gaulthérie.....20 minimes
Teinture de fer muriaté..... 4 drachmes
Acide citrique.....10 grains
Liqueur citrate d'ammoniaque q. s. pour..... 4 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé plusieurs fois pas jour.—*Thérapeutic Gazette.*

Albuminurie de la grossesse.—*C. M. Wilson.*

P.—Acide benzoïque..... 5 grains
Bicarbonate de potasse.....25 "
Esprit de chloroforme..... 5 gouttes
Sirop simple.....30 "
Eau distillée pour..... ½ once

M.—*Dose :* En une fois toutes les deux heures.

Otalgie.—*Woodbury.*

P.—Morphine..... 5 grains
Atropine..... 1 "
Eau distillée..... 1 once

En lotions.—*Pacific Record*

Insomnie.

P.—Sulfonal..... 30 grains
Sirop..... } ââ 2 drachmes
Mucilage..... }
Eau distillée..... 1 once

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe, ou toute la quantité en une fois.—*Chemist and Druggist*

Digitized by Google

Acné.

P.—Résorcine..... 1 drachme
Oxide de zinc..... 1 "
Amidon..... 1 "
Vaseline..... 3 "

Appliquer tous les soirs pendant une quinzaine de jours, enlever après une heure avec eau chaude.—*Medical Press.*

Eczéma érythémateux.—*Van Harlingen*

P.—Sulfate de magnésie..... 1 once
" " fer..... ½ drachme
Acide sulfurique dilué..... 1 "
Chlorure de sodium.....10 grains
Infusion de qassia q. s. pour..... 4 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau chaude une demi-heure avant le déjouner ; comme tonique.—*College and Clinical Record.*

Herpès préputial.—*Johnson.*

P.—Hyposulfite de soude..... 1 drachme
Acide carbolique.....10 grains
Glycérine..... 1 drachme
Eau..... 7 "

M.—En applications trois ou quatre fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Chancroides.—*Gross.*

P.—Acide tannique..... } ãã 2 grains
Extrait aqueux d'opium..... }
Sulfate de cuivre..... ⅛ "
Eau distillée..... 1 once

M.—En applications locales.—*Columbus Medical Journal.*

—Petits territoires, petites gens, petite médecine exercée souvent par de grands médecins.

—L'un des plus beaux triomphes du praticien est de rester le médecin et l'ami d'une famille dont il a soigné et perdu plusieurs membres.

—Il est une sorte de courage spécial au médecin, plus méritoire et plus rare que le courage professionel, c'est celui qui le fait agir, non pas suivant ses intérêts ou pour complaire à un client, mais suivant son devoir.

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JUILLET 1889

BULLETIN.

L'assemblée triennale.

Quand la présente livraison de l'UNION MÉDICALE parviendra à nos lecteurs, ceux-ci seront sur le point de se mettre en route pour Québec où a lieu, le 10 courant, l'assemblée triennale du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province. Nous comptons que la profession saura exercer ses privilèges et faire valoir ses intérêts avec toute la franche liberté qui d'ordinaire préside à ces assemblées délibérantes. Nous avons besoin d'une nouvelle législation comportant, entre autres points : l'établissement d'un Bureau central d'examinateurs pour l'admission à la pratique des règlements sérieux et pratiques contre tous les charlatans, de quelque nom qu'on les appelle, et en général contre tous ceux qui exercent illégalement la médecine, la détermination d'un tarif médical et un nouveau mode d'élection des gouverneurs, chaque district élisant ses propres représentants.

Voilà les principaux articles de notre programme qui est aussi le programme de tous ceux qui ont à cœur les intérêts de la profession, et nous espérons que le nouveau Bureau des Gouverneurs réussira à les faire adopter.

Nous croyons en outre que l'on devrait exiger de tous les aspirants à l'étude de la médecine un certificat d'études classiques *complètes*, sans pour cela cependant, fussent-ils bachelier ès arts, les exempter de l'épreuve écrite ordinaire, laquelle devrait aussi être mieux surveillée sur plus d'un point.

La résignation de M. Lamirande laisse libre un poste que l'on ne ferait pas mal de remplir en y nommant un médecin. Il n'est que juste que le Bureau exerce de préférence son patronage au profit des membres du Collége.

Digitized by Google

Bureau central d'examinateurs.

Nous publions aujourd'hui, à l'exclusion de plusieurs autres articles, le discours prononcé dernièrement par M. le professeur Osler, devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland. M. Osler s'y prononce carrément et sans réticences en faveur de l'établissement d'un Bureau central pour l'examen des candidats à l'exercice de la médecine. Il y voit avant tout l'avantage du public qui demande à être délivré des sujets incompétents, malheureusement trop nombreux au sein de la profession médicale. La profession elle-même y trouverait son avantage ; plus épurée, mieux choisie, elle se mettrait du coup au véritable niveau scientifique qu'elle aurait dû toujours atteindre.

La principale opposition à l'établissement du Bureau central, ici comme aux Etats-Unis, vient des universités et écoles de médecine qui toutes, sauf une, demandent que l'on reste dans le *statu quo*. Elles voient dans la création d'un Bureau central une atteinte aux privilèges à elles confiées par leur charte d'incorporation. Mais du jour où l'intérêt public est en jeu, nous ne voyons pas pourquoi les écoles ne renonceraient pas volontairement à certains de leurs privilèges, même les plus légitimes. Pour les universités et écoles, refuser l'examen-contrôle d'un Bureau central, c'est admettre, *ipso facto*, qu'elles redoutent l'épreuve pour leurs gradués. Or nous savons que dans quelques-unes des institutions les plus opposées au Bureau central, l'Université McGill et l'Université Laval (Québec), les examens sont trop sérieux et trop rigoureusement conduits pour que cet argument soit d'aucune valeur.

On prétexte encore la difficulté, voir l'impossibilité de pouvoir trouver au sein de la profession, en dehors des Facultés, un nombre suffisant d'examinateurs compétents, surtout pour ce qui regarde les sujets spéciaux : pathologie, physiologie, histologie, anatomie, chimie, médecine légale, etc.

M. le professeur Osler réfute ainsi cette objection : " Avec le bon système des points pour les examens par écrit, et en nommant deux examinateurs pour l'épreuve orale, il ne saurait y avoir la plus légère objection, autant que je puis voir, au choix de professeurs comme examinateurs dans certaines branches. Pour l'anatomie, la chimie, la physiologie et la pathologie, c'est-à-dire dans toutes les branches purement scientifiques, il serait presqu'impossible de trouver dans la profession en général des examinateurs suffisamment préparés. Ce serait être injuste à l'égard d'étudiants sortant bien préparés des laboratoires de nos meilleures écoles que de les exposer à être interrogés sur ces branches par des examinateurs qui ne possèderaient d'autres connaissances que celles qu'ils auraient

Digitized by Google

puisées, pour la circonstance, dans deux ou trois des manuels les plus récents. D'un autre côté, sur les sujets plus pratiques, on peut certainement trouver, dans chaque Etat, des hommes tout-à-fait capables de faire ce travail d'examen. J'ai l'honneur de connaître personnellement, dans plusieurs Etats de l'Union, des hommes à qui je confierais, avec une entière confiance, le soin d'interroger mes étudiants sur la théorie et la pratique de la médecine, et je n'ai aucun doute que pour la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie et pour le vaste sujet de la thérapeutique, on ne puisse trouver aussi des hommes également compétents."

L'argument vaut pour nous autant que pour nos voisins et nous le recommandons à l'examen sérieux de tous ceux qui, pour les motifs ci-haut énoncés, ont cru devoir jusqu'ici s'opposer à la création du Bureau central.

A propos du traitement de la péritonite.

A mesure que l'expérience et la clinique, mieux éclairées aujourd'hui qu'autrefois, nous font mieux connaître les effets véritables des médicaments, à mesure que la pathologie nous renseigne plus sûrement sur la nature intime des maladies de tout genre, il se fait, dans la thérapeutique, des changements que parfois, en raison de leur importance et de leur radicalisme, nous serions tentés d'appeler de véritables révolutions. Ces révolutions étonnent souvent, à bon droit, plusieurs de ceux qui, parvenus au dernier tiers de la carrière médicale, n'éprouvent ni le désir ni même le besoin d'adopter les idées nouvelles, et préfèrent s'en tenir à leur *expérience* laquelle n'est souvent qu'une forme mal déguisée de la routine. D'autres au contraire, plus soucieux du bien-être de leurs clients, s'empressent de mettre à l'épreuve, à l'occasion, les nouvelles données de la science (quitte à les mettre de côté si l'épreuve n'est pas concluante) et d'en faire bénéficier les malades.

Les deux ordres d'idées qui se partagent ainsi la foule des praticiens trouvent leur application dans le traitement de la péritonite aiguë, traitement assez peu satifaisant et dont la difficulté même devait amener les partisans de l'ancien régime à adopter les méthodes plus récentes. Le traitement par l'opium donne, comme on le sait du reste, dans la péritonite, des résultats douteux. La guérison constitue l'exception, même quand les opiacés ont été administrés à doses élevées ou massives. Il y avait donc lieu de chercher ailleurs ; c'est ce qui a été fait, et l'on a trouvé dans les purgatifs salins une médication tout aussi rationnelle et vraisemblablement plus efficace. On attribue aux purgatifs salins les avantages suivants : ils chassent de l'intestin les germes morbifiques ; ils décongestionnent les vaisseaux du péritoine. Ils ont pour effet de faire résorber le sérum épanché dans la cavité péritonéale ; ils empêchent l'obstruction intestinale de se pro-

Digitized by Google

duire en tenant l'intestin libre ; ils empêchent la formation des brides adhésives.

Ces avantages sont-ils supérieurs à ceux du traitement opiacé ? Cela semble probable. La décongestion des vaisseaux intestinaux doit jouer ici un rôle prépondérant, et il est à remarquer que cette congestion est plutôt entretenue, sinon augmentée, par l'opium. La purgation par les salins ne doit pas être poussée au point de provoquer de violents mouvements intestinaux, lesquels auraient pour inconvénient principal d'augmenter l'intensité des douleurs, mais d'un autre côté il ne faut pas à l'intestin un repos parfait, vû la tendance aux adhérences.

Les résultats du traitement de la péritonite par les purgatifs salins ont été principalement observés dans les cas de péritonite traumatique à la suite d'opérations chirurgicales, et l'on a pu constater ce fait, très important, que c'est au début de la péritonite que les salins produisent les meilleurs effets. Le traitement est employé tous les jours par Lawson Tait, Price (de Philadelphie) Penrose, Battey, Bedford, Goodell, et avec un succès tel que l'on peut se demander, avec raison, si le traitement par l'opium ne va pas bientôt cesser d'exister.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On a enfin commencé les travaux de construction du *Royal Victoria Hospital.* L'édifice coûtera environ un demi million de dollars (deux millions cinq cent mille francs.) L'amalgamation du *Royal Victoria* avec le *Montreal General Hospital* ne constitue plus, paraît-il, qu'une question de temps, et a été virtuellement résolue.

Le *Journal of the American Medical Association* a publié un tirage supplémentaire de 75,000 exemplaires de son numéro du 25 mai 1889. Cette livraison est particulièrement intéressante par le fait qu'elle contient, sous forme de tableau, une liste de toutes les écoles de médecine des Etats-Unis et du Canada avec la date de leur fondation et les conditions d'entrée, programmes, etc. A part quelques erreurs, de peu d'importance au fond, ce tableau est suffisamment exact. Le même numéro contient aussi une description—illustrée—de la ville de New-Port, où l'*Association Médicale Américaine* s'est réunie les 25, 26, 27 et 28 juin dernier.

Université McGill.—Le *Montreal Medical Journal* nous informe que M. le docteur Geo. Ross est passé de la chaire de clinique interne à celle de pathologie interne, laissée vacante par la mort du Dr Howard, et que M. le docteur R. L. MacDonnell a été nommé professeur de clinique interne.

Digitized by Google

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens qui ont eu lieu à la fin de juin ont donné le résultat suivant :

1er Examen de Doctorat : MM. Narcisse Auger, Alexis Bellemare, Oscar Brodeur, Joseph Chaurest, C. E. Daunais, T. Dion, N. Dussault, J. O. Johnson, U. J. Lalonde, J. D. Lemay, et S. McDuff. Ces messieurs ont obtenu le degré de *Bacheliers en médecine.*

2e Examen de Doctorat, (*matière médicale et thérapeutique*) : MM. R. Boulet, J. E. P. Chagnon, G. R. Chevrier, A. L. de Martigny, J. Doiron, H. M. Duhamel, H. O. Fortier, E. N. Fugère, J. C. Gariépy, L. de L. Harwood, G. Labrèche-Smith, L. P. N. Leduc, L. E. Leriche, G. E. Lesage, O. F. Mercier, S. S. Poirier, J. E. Poutré, J. W. Rourke, J. V. Thuot, J. E. Vanasse.

3e Examen de Doctorat : M. J. N. Létourneau a obtenu le degré de docteur en médecine.

Les cours s'ouvriront mercredi, le 2 octobre prochain. Nous donnerons, dans notre prochaine livraison, le programme des cours pour le premier semestre, et toutes les particularités se rapportant à l'enseignement.

VARIÉTÉS

La suralimentation et le phosphate de chaux.—Depuis quelques années, les médecins ont adopté avec une faveur particulière tous les agents susceptibles de favoriser la suralimentation, surtout dans les maladies chroniques ou d'origine microbienne. Nous citerons au premier rang le phosphate de chaux qui, dissous par Dusart dans l'acide lactique, est devenu un médicament tout nouveau. Avant la publication du travail de Dusart, on le voit à peine essayé quelquefois dans les fractures et les maladies des os. A plus forte raison ne songeait-on pas à y recourir dans les cas où la nutrition est en souffrance.

Il n'en a plus été de même lorsqu'il fut démontré que le phosphate de chaux est aussi indispensable à la formation des tissus mous qu'à celle des os ; que sa présence est nécessaire à la transformation de l'albumine en cellules et en tissus et que la vitalité des animaux et leur chaleur propre sont proportionnelles au chiffre de phosphate qu'ils contiennent.

Pour rendre sa démonstration plus frappante et assurer l'efficacité du médicament, Dusart, comme nous le disons plus haut, le solubilisa sous forme de lactophosphate de chaux, et c'est en l'employant ainsi préparé que, depuis vingt ans, les médecins peuvent constater qu'il réveille l'appétit, augmente les forces et le besoin d'activité.

Digitized by Google

On admit dès lors qu'il était légitime de l'employer dans le cours ou pendant la convalescence des maladies générales et qu'on pouvait même le considérer comme un prophylactique, s'adressant à tous ceux dont les fonctions de nutrition traversent une période de dépression et qui se trouvent dans un état d'imminence morbide.

Il intervient aussi pendant la convalescence, pour activer l'appétit, assurer l'assimilation des aliments et rendre plus prompt le retour à l'état de santé normal.

Un certain nombre d'états physiologiques donnent encore au médecin l'occasion de faire d'heureuses applications de ses propriétés reconstituantes. C'est ainsi que, sous cette forme rationnelle de lactophosphate, on l'administre à des femmes enceintes, surtout à celles qui habitent de grands centres de population, ou dont on craint l'épuisement par le développement du fœtus.

Cette pratique a donné lieu à la curieuse observation suivante : non seulement la femme enceinte, qui prend du phosphate, supporte mieux les fatigues de la grossesse et donne, après l'accouchement, un lait plus riche à son enfant; mais ce même lait devient un médicament contre ces diarrhées vertes que le professeur Hayem conseille de traiter par l'acide lactique. On a vu, dans une même famille, les enfants présenter entre eux, dès la naissance et pendant les années subséquentes, des différences frappantes, suivant que la mère avait, pendant la grossesse, été soumise à l'usage du phosphate ou s'en était abstenue.

Nous n'insisterons pas sur le rôle bien connu du phosphate dans le cours de la dentition, et nous appelons plus spécialement l'attention sur un autre fait d'observation presque journalière.

On voit souvent des jeunes gens de l'un et l'autre sexe prendre en peu de temps un développement d'une rapidité excessive. A la suite de ces poussées, ils se plaignent de douleurs dans les masses musculaires et dans les articulations. Les chairs deviennent pâles et molles, l'intelligence paresseuse; l'indifférence est aussi complète pour les jeux que pour le travail.

Cet état bien connu des parents disparaît en peu de temps par un traitement dont le lactophosphate de chaux fait la base et souvent même l'unique élément. C'est un des faits les plus frappants observés par Dusart, pendant ses recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sel calcaire, et l'occasion de le vérifier ne fait malheureusement pas défaut. Dr DELATTRE.

DÉCÈS.

BROUILLET.—A Ville-Maisonneuve, le 25 mai dernier, est décédé Marie-Louis-Joseph-Auguste, âgé de 5 ans, 1 mois et 13 jours, enfant du docteur V. J. E. Brouillet.

LAMARCHE.—A Montréal, le 25 juin, Marguerite-Germaine-Amélie, âgée de 2 mois, enfant du docteur J. B. A. Lamarche.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

La cure radicale des hernies : Méthode Heatonienne.—Electrolyse.

par Chs. V. E. Marsil, M. D.

Saint-Eustache.

Monsieur le docteur Mitivier a publié, dans le numéro d'avril de l'Union Médicale, un article qui n'a certes pas manqué d'intéresser les lecteurs. La petite contribution que j'apporte aujourd'hui est tout simplement le résumé des travaux reproduits dans les *Annals of Surgery* par le docteur James E. Pilcher (U.-S. Army).

Quoique peu en usage ici, l'injection de *quercus alba* a encore ses partisans aux Etats-Unis. M. Robert F. Weir, de New-York, en parlant de la méthode heatonienne, dans un travail considérable publié dans le *N.-Y. Medical Record*, mars 1887, se résume comme suit : 1. Une hernie petite, réductible, facilement contrôlable, peut être traitée sûrement (*safely*) par l'injection, avec des chances de succès de 30 o/o. 2. Les hernies chez les enfants, dans lesquelles l usage de la bande n'a pas réussi, l'injection doit être recommandée comme très avantageuse. 3. Les hernies incontrôlables, douloureuses, ou irréductibles et celles dans lesquelles la méthode de Heaton n'a pas réussi demandent l'intervention chirurgicale.

Dans une esquisse historique sur les injections d'extrait fluide de chêne blanc dans la cure radicale des hernies, M. le docteur W. B. de Ganno, N. Y., dit avoir traité plus de cent cas dans lesquels il a employé cette méthode avec 45 o/o de guérisons et une moyenne proportionnelle de 75 o/o dans les cas choisis. Il ajoute que beaucoup de hernies très grosses, incontrôlables par les bandages, le deviennent après les injections ; que presque tous ces malades purent être améliorés. Les enfants qui n'ont pu être guéris par les moyens mécaniques le sont très souvent par cette opération. Il rappelle que ce serait commettre une erreur que d'espérer la cure radicale d'une seule injection dans les vieilles hernies scrotales dans lesquelles le sac et les tissus environnants sont épaissis et altérés dans leur structure ; il ne faut pas oublier dans les anciens cas négligés que la dilatation, le raccourcissement du

Digitized by Google

canal et l'épaississement du sac ne sont pas les seules causes du retour de la hernie, mais l'ouverture en forme d'entonnoir qui persiste à la partie supérieure du canal. Ces cas ne paraissent pas justiciables de la méthode d'Heaton.

Il faut, dit-il, faire l'injection à travers les téguments qui recouvrent l'anneau et non pas à travers les tissus du scrotum, parce qu'en retirant l'aiguille, il s'écoulerait une certaine quantité de liquide qui produirait une inflammation qu'il faut éviter. Une autre objection à l'injection à travers le scrotum, c'est que quand le sac est large et adhérent l'injection atteindra plutôt la partie interne que le canal. Si cet accident ne produit aucun mal, il reste sans action, car l'irritation doit porter sur le canal et non sur le sac.

Electrolyse.—Dans ces dernières années on a substitué l'électrolyse à l'injection. Le Dr. Newman, dans une lecture donnée devant l'association médicale " Fifth District Branch " de l'Etat de N. Y., parle favorablement de la méthode du Dr. Croft, de Cleveland, qui a appliqué l'électrolyse à la cure radicale des hernies dans trois cas, avec succès. La hernie, dit-il, est d'abord réduite et maintenue en place avec l'index passé dans l'anneau externe. La peau est incisée avec un bistouri et à travers cette ouverture est introduite une aiguille électrode à pointe mousse isolée jusqu'à peu près $\frac{1}{4}$ pouce de son extrémité et attachée au pôle positif d'une batterie, l'électrode étant porté bien à la partie supérieure de l'anneau sur le côté du doigt invaginé qui protège le cordon et les vaisseaux. L'autre électrode peut être tenu par le patient avec la main du côté opéré ou autrement. Le circuit de dix éléments d'une batterie galvanique est alors mis en action et le courant continué pendant 6 à 10 minutes, la pointe de l'électrode étant portée d'un côté à l'autre du doigt toujours en tenant le cordon aussi isolé que possible. Le Dr. Croft emploie le pôle positif parce qu'il produit moins de douleur que le négatif, et étant le pôle acide il pense qu'il coagule le sang dans les petits vaisseaux, créant une cicatrice plus résistante que le pôle négatif, ou pôle alcalin, qu'il considère produire l'effet de ramollir les tissus et de causer la résorption du tissu cicatriciel déjà formé. Il n'y a pas de suppuration par cette méthode, qui présente les mêmes avantages que la méthode heatonienne sans en avoir les inconvénients. Le malade garde le lit deux semaines et porte ensuite un bon bandage jusqu'à ce que l'anneau soit devenu résistant.

Voilà pour l'enseignement tout-à-fait contemporain. La clinique et la statistique nous remettent en mémoire des succès peut-être pas aussi nombreux que ceux de Heaton, Warren, Davenport, mais qui ne laissent pas cependant d'être très encourageants.

Digitized by Google

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SEVERIN LACHAPELLE, M.D.

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

Diarrhée Catarrhale (*suite*).—Une chose qu'il ne faut pas oublier dans toutes les maladies des enfants, et dans la diarrhée spécialement, c'est d'agir sur la peau. On doit bien être familier avec la médication révulsive, transpositive, ou contre-irritante dont Trousseau et Pidoux nous font si bien connaître les merveilleux effets : cette médication est basée sur une véritable loi de substitution.

Le bain sinapisé sera répété chaque jour à l'heure de la toilette ; il sera accompagné de massage ; les frictions se feront surtout sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen. On pourra le répéter à l'heure du coucher ; il ne devra jamais être en bas de 30° centig. pendant le cours de la maladie.

Dysenterie.—Nous parlons ici de la diarrhée dysentérique, ou dysentériforme que nous avons dit se rencontrer le plus ordinairement dans le cours de la diarrhée catarrhale. La véritable dysenterie présentant un caractère très aigu, constitue une maladie distincte dont l'expérience malheureusement nous fait constater le plus souvent l'impuissance de la médication.

Les selles sont légèrement *tachées* de sang, il y a du ténesme fréquent, des douleurs plus aiguës.

On aura recours au Dover tous les jours, à la dose déjà indiquée ; on pourra lui ajouter, comme véhicule, du sirop d'ipeca dont nous avons mentionné les excellentes propriétés modificatrices de la muqueuse intestinale.

On donnera l'ipéca en injection par le rectum, ayant soin de ne pas négliger les précautions préparatoires nécessaires à l'absorption du médicament.

Seulement au lieu d'un lavage préparatoire à l'eau chaude pure et simple, on pourra avoir recours à une solution d'acide salicylique (1/1,000).

Le mode d'administration suivant de l'ipéca semble être classique.

Prenez 25 grammes de racines d'ipéca concassées, faites bouillir

(1) Voir les livraisons précédentes.

Digitized by Google

de nouveau les mêmes racines dans 100 grammes d'eau jusqu'à réduction de moitié; et donnez en clystère dans une seule dose tous les jours.

Dès la disparition du sang dans les selles, on retournera à l'administration des diverses préparations astringentes que nous avons mentionnées et dont on devra suspendre l'usage, sinon en tout, au moins en partie, pendant le cours de la diarrhée dysenteriforme. Nous ferons remarquer ici que le bois de Campêche donne une couleur aux déjections alvines qu'il ne faudra pas confondre avec la dysenterie.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il n'est pas rare que l'oedème fasse défaut au cours de la maladie de Bright.(Prof. LARAMÉE.)

L'hystérie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense chez les individus du sexe masculin.(Prof. LARAMÉE.)

La première enfance étant l âge d'élection des maladies cérébrales, dans toutes les maladies des enfants il faut surveiller le cerveau. (Prof. S.LACHAPELLE.)

Il faut se défier de tout eczéma chronique du mamelon, car, la plupart du temps, il est précancéreux ; il faut opérer à bonne heure. (Prof. BRENNAN.)

Dans tous les cas de mal de Bright, on doit pouvoir constater dans l'urine la présence de l'albumine, en si petite quantité que ce soit. (Prof. LARAMÉE.)

L'hygiène alimentaire envahit la thérapeutique à pas de géant; elle constitue toute la médication d'un grand nombre de maladies. (Prof. S. LACHAPELLE

Dans les cas de phlegmon intéressant la main, il faut ouvrir à bonne heure, instituer un bon drainage et le maintenir. (Prof. BRENNAN.)

Digitized by Google

Dans la grande majorité des cas où le médecin est appelé, d'urgence, pour de prétendues inflammations, il ne s'agit que de simple douleurs névralgiques ou rhumatismales.(Prof. LARAMÉE.)

Comme vulnéraire, la teinture d'arnica n'a aucune valeur spéciale; encore moins est-ce un spécifique dans les cas de blessures, contusions, etc., contre lesquelles elle a été tant vantée. (Prof. DESROSIERS.)

L'anémie du cerveau constituant le danger principal de la chloroformisation, celle-ci n'est pas à craindre chez l'enfant dont le cerveau présente une hyperémie protectrice. (Prof S. LACHAPELLE.)

Il est bon de se rappeler que chez le nègre les éruptions syphilitiques sont très souvent prurigineuses. La desquamation particulière que l'on voit quelquefois dans ces cas peut aider au diagnostic. (Prof. BRENNAN.)

Les mangeurs d'opium, en général, quelle que soit d'ailleurs leur honorabilité, ne doivent pas être crus sur parole. On dit avec raison : menteur comme un mangeur d'opium. On peut en dire autant des hystériques, hommes ou femmes.(Prof. LARAMÉE.)

Dans les cas de blessure des arcades palmaires, il faut faire la compression de la radiale et de la cubitale au moyen de compresses graduées ; suture des tendons et des nerfs au besoin ; pansement rigoureusement antiseptique. (Prof. BRENNAN.)

Il importe de savoir que la gravité du diabète ne consiste pas dans la quantité de sucre que l'on trouve dans l'urine, mais dans la résistance de cette quantité de sucre à s'amoindrir sous l'influence du régime alimentaire. Le régime alimentaire classique est celui de Bouchardat.(Prof. S. LACHAPELLE.)

Dans la diarrhée infantile, le bismuth et la craie jouent deux rôles principaux ; ils absorbent chimiquement les acides contenus dans les sécrétions de l'intestin, et servent surtout d'enduit protecteur, lequel préserve la muqueuse du contact de toute substance irritante. (Prof. DESROSIERS.)

Digitized by Google

Dans un cas d'anthrax, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant: Acide tannique en poudre abondamment appliqué, ce qui aide beaucoup la sortie du bourbillon; en outre, compresses ou vaporisations d'acide phénique et badigeonnages de teinture d'iode.

Un des meilleurs modes d'administration du phosphore dans les affections nerveuses, telles que l'hystérie et les névralgies, est le phosphure de zinc, dont le seul désavantage est l'odeur repoussante. La forme pilulaire obvie à cet inconvénient. (Prof. DESROSIERS.)

Dans un cas de blennorrhagie, M. le professeur BRENNAN ordonne:

Extrait fluide d'ergot.....1 drachme
Eau.....1 once

en injection trois fois par jour. Introduction, tous les deux jours, d'une bougie enduite de copahu.

La responsabilité qu'assume celui qui administre le chloroforme au cours d'une opération quelconque, s'agit-il del'avulsion d'une dent, est telle que le médecin chargé de cette tâche délicate devrait recevoir des honoraires bien plus élevés que ceux ordinairement accordés ici pour ces cas. (Prof. DESROSIERS.)

Dans les cas d'ulcères variqueux, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant: lavages au sublimé (1/1,000), poudre d'iodoforme, puis bandelettes de diachylon imbriquées; bandage compressif en flanelle. Contre l'eczéma qui accompagne souvent ces ulcères: badigeonnages au nitrate d'argent (10 grs. à l'once), et application, si besoin, d'une feuille de gutta-percha.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 27 juin 1889.

Présidence du Dr. M. T. BRENNAN.

M. le docteur BRENNAN présente une patiente affectée de maladie de Paget (*eczéma précancéreux*, ou *dermatite papillaire maligne*) et lit l'observation suivante:

La malade est âgée de cinquante ans, fille. Sa maladie présente

Digitized by Google

date de 8 ans ; a débuté par un petit bouton près du mamelon droit, qui n'offrait rien de particulier, dit la malade, si ce n'est sa persistance, un an ; alors il s'aggrandit rapidement et aujourd'hui, huit ans après son apparition, on trouve une surface d'un rouge foncé, vif, à bords nettement limités, un peu soulevés, de coloration uniforme, luisante et paraissant bien humide, mais le toucher révèle que le suintement est très peu considérable ; la lésion est superficielle et couvre presque tout le sein ; le mamelon est " fondu ", il n'y a jamais eu de suintement par celui-ci ; on ne trouve pas de tissu cicatriciel (*scarring*) ; il y a eu de la démangeaison parfois intense ; on ne trouve que quelques croûtes près des bords de la lésion. Depuis environ 2 ou 3 mois, la glande mammaire est dure, bosselée, et on trouve des ganglions dans l'aisselle infiltrés, durs, sensibles. La malade n'a pas été incommodée par des douleurs en aucun temps ; son état général a été très bon jusqu'à il y a 4 ou 5 mois ; son sommeil, appétit et embonpoint conservés ; elle a pu se livrer à de rudes travaux sans en souffrir. Depuis le mois de février, elle maigrit un peu, elle est affaiblie, perd son appétit, et son sein l'incommode.

La patiente a toujours été une personne robuste ; son père et sa mère jouissaient d'une excellence santé et sont morts très âgés. A part une sœur qui est aliénée, les autres membres de la famille sont sains. Aucun n'a souffert d'éruptions cutanées. Le grand-père seulement, au dire de la malade, serait mort d'un " champignon " qui serait survenu dans le dos et l'aurait emporté dans six ou sept semaines.

Vû l'envahissement de la glande et des ganglions, il faut ici l'ablation complète du sein et la toilette de l'aisselle, et tout cela avec bonne chance de récidive. D'où la réflexion pratique d'opérer à bonne heure tout eczéma précancéreux ou tout eczéma chronique douteux du mamelon. Il faut écouter le signal d'alarme que la nature nous donne.

Un médecin ne doit jamais faire que des projets conditionnels.

Nous sommes liés vis-à-vis du public et par notre titre, qui est une promesse, et par la confiance que l'égoïsme inspire à nos malades.

Le succès des charlatans est fait en grande partie de leur assimilation intellectuelle avec ceux qui les consultent.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Lésions valvulaires de l'orifice mitral consécutives aux contusions de la région thoracique gauche.—Clinique de M. le prof. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Vous n'avez pas dû être étonnés, messieurs, de constater que la place, occupée depuis longtemps par un jeune malade atteint d'une affectien organique du cœur, était vide depuis deux jours. Ce malheureux a succombé aux conséquences de la grave maladie qui l'avait conduit à l'hôpital. L'autopsie a pleinement confirmé notre diagnostic, et tout à l'heure je vais faire passer sous vos yeux le cœur préparé de façon que vous puissiez constater *de visu* les lésions déjà révélées par l'examen clinique.

La plupart d'entre vous ont connu et examiné ce malade ; aussi ne ferai-je que rappeler succinctement son historique.

Ce jeune homme, âgé de vingt-huit ans, est entré à l'hôpital réclamant nos soins pour une dyspnée des plus prononcées et pour un œdème considérable des membres, symptômes les plus saillants de l'affection du cœur dont il était atteint ; objectivement il présentait en même temps de la cyanose des lèvres, des pommettes et des extrémités digitales, tous signes évidents d'un trouble profond de la circulation.

La percussion et la palpation nous offraient de la matité précordiale et du frémissement, signes d'une hypertrophie du cœur.

Mais c'est l'auscultation qui révélait les signes les plus frappants d'une double lésion mitrale et d'une lésion aortique concomitante. En effet, on percevait à la pointe un roulement, un remous présystolique, dû aux vibrations que subissait le sang en traversant un orifice rétréci, et un souffle systolique, dû aux reflux dans l'oreillette d'une certaine quantité de sang par suite de l'obturation insuffisante de l'orifice mitral, lors de la contraction ventriculaire. D'autre part, on percevait un léger souffle à la base du cœur, vers le bord droit du sternum, indice d'un rétrécissement de l'aorte. Il s'agissait donc évidemment d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance mitrale, compliqués d'un léger rétrécissement aortique.

Ces graves lésions expliquaient les troubles profonds de la circulation chez notre malade, troubles qui se traduisaient par

Digitized by Google

l'anémie artérielle et la congestion veineuse entraînant nécessairement des congestions plus ou moins intenses, des poumons, des reins, de la rate, du foie, du cerveau, de tous les organes en somme et du réseau capillaire ; et ces congestions se manifestaient surtout par cette suffusion du sérum du sang constituant un œdème considérable, dont la consistance dure, l'indépressibilité, témoignaient de l'imprégnation non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi des tissus sous-jacents ; elles se manifestaient encore par la dyspnée, l'hémoptysie, les étouffements, par les modifications dans la quantité et la qualité des urines, manifestations graves et d'un pronostic toujours funeste ?

Mais quelle était donc la cause de ces lésions chez notre malade ?

Nous savons que, à l'exception des cas assez rares d'efforts violents déterminant une déchirure des valvules ou une rupture des cordages tendineux qui s'y rattachent, déchirure et rupture suivies immédiatement d'accidents graves et entraînant rapidement la mort, les lésions valvulaires sont précédées ordinairement de l'endocardite. Or, chez notre malade, l'affection valvulaire dont il était atteint datait de plusieurs années déjà et elle avait dû être consécutive à une endocardite.

L'endocardite, vous le savez, est la manifestation viscérale la plus habituelle du rhumatisme ; elle est moins souvent consécutive à la scarlatine, à la chorée, à la variole, à la fièvre typhoïde, aux fièvres palustres et plus rarement encore on l'a vue se produire à la suite d'un traumatisme, d'une violente contusion de la région thoracique gauche.

Or, notre malade n'avait jamais souffert de rhumatisme pas plus que ses parents, et n'avait jamais fait de maladie prédisposant à l'endocardite. Mais, il y a quelques années, il avait fait une chute de cheval, et c'est à la suite de cet accident, qui intéressa particulièrement la région gauche du thorax, qu'il éprouva les premiers symptômes consécutifs à l'inflammation de l'endocarde, inflammation qui se traduisit plus tard par des lésions valvulaires d'une gravité exceptionnelle.

Le diagnostic et l'étiologie étaient donc établis et entraînaient fatalement un pronostic funeste ; aussi le traitement auquel nous avions soumis le malade n'avait-il pour but que d'atténuer, autant que possible, ses souffrances et de prolonger quelque peu ses jours.

Le régime lacté, joint à l'administration d'infusions fortes de digitale, sembla amener quelque amélioration dans l'état du malade : la dyspnée s'apaisa, la diurèse augmenta et l'œdème des membres sembla subir une modification favorable en ce sens que sa dépressibilité, sa consistance moins dure, indiquaient une imprégnation moins prononcée des tissus. Mais cette ébauche d'amélioration ne devait être que de courte durée.

Le 10 avril dernier, le patient nous apprit qu'il avait eu des cauchemars, qu'il avait vu passer devant ses yeux des objets

Digitized by Google

bizarres, des flammes, des flambeaux, etc.; nous étions en présence de manifestations cérébrales, d'hallucinations témoignant de la saturation de l'organisme par la digitale; nous dûmes donc suspendre l'administration de ce médicament et le remplacer par la caféine; celle-ci a semblé conserver au malade, pendant quelque temps, le bénéfice acquis par l'administration de la digitale. Mais ce bénéfice était trop petit pour contrebalancer longtemps les effets de la grave lésion du cœur. Les urines devinrent de plus en plus rares; l'œdème s'accrut, se généralisa et atteignit l'extrémité céphalique jusque là respectée. Les essais d'émissions sanguines furent infructueux. Le malade succomba.

Je vais vous faire passer maintenant sous les yeux le cœur du sujet. Vous y constaterez un rétrécissement exceptionnel de l'orifice mitral dû à une végétation dure, pierreuse, calcifiée, siégeant sur la surface auriculaire de la valvule; la lumière de l'orifice est tellement petite qu'elle laisse à peine passer une plume d'oie. Pour ma part, c'est la première fois dans ma pratique, déjà longue, que j'ai constaté un rétrécissement mitral aussi prononcé.

Vous voyez donc, messieurs, que la contusion violente de la région thoracique doit figurer dans l'étiologie de l'endocardite et des lésions valvulaires consécutives; elle doit même y occuper une place importante.—*Praticien.*

De l'arthrite aiguë de genou comme signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse, par M. Liégeois.—Cette arthrite, dont notre estimé confrère a pu dans deux circonstances reconnaître la valeur diagnostique, se traduit par le gonflement et la douleur du genou à la pression, sans rougeur et sans symptômes fébriles. On pourrait croire au rhumatisme; mais ce serait une erreur, car les symptômes méningitiques la suivent de près et révèlent la nature de la maladie.

M. Liégeois rappelle d'ailleurs que l'arthrite chez les gens en possession de la tuberculose n'est pas inconnue. " Pourquoi donc, " ajoute-t-il, le bacille de Koch ne toucherait-il pas aussi bien les " séreuses articulaires où les histologistes, du reste, ont trouvé le " tubercule, que les séreuses méningées? "—*Revue médicale de l'Est.*

Du torticolis.—M. Kirmisson, chargé de la suppléance du prof. Richet à l'Hôtel-Dieu, étudie d'une manière très intéressante le *torticolis*, " maladie qui pour être semblable dans plusieurs de ses manifestations symptomatiques, n'en offre pas moins, suivant les cas, de grandes différences dans ses causes et ses lésions anatomiques."

Voici comment on peut distinguer l'une de l'autre les deux grandes variétés de torticolis: *osseuse et musculaire.* L'attitude vicieuse peut être la même dans les deux cas; mais quand la

Digitized by Google

colonne vertébrale est atteinte, il y a le plus souvent de la tuméfaction à la nuque ou bien une localisation douloureuse au niveau des premières vertèbres cervicales. De plus, signe très important dans le torticolis musculaire, les mouvements de flexion et d'extension et surtout les mouvements de rotation de la tête sont conservés; ce qui n'existe pas dans le torticolis osseux. L'attitude peut enfin ne pas être la même dans les deux cas; c'est dans la lésion osseuse qu'elle est la plus variable, la tête pouvant être inclinée sans rotation, ou avec rotation dans le même sens que l'inclinaison; tandis que, dans le torticolis du sterno-mastoïdien, l'inclinaison latérale et la rotation sont toujours en sens inverse.

Le torticolis osseux est presque toujours de nature tuberculeuse ou rhumatismale: le pronostic varie beaucoup suivant l'origine de l'affection. C'est surtout dans le torticolis osseux d'origine tuberculeuse que l'on doit redouter certaines complications, telles que les luxations spontanées, les paralysies causées par la pachyméningite, la suppuration des lésions, les hémorrhagies causées par ulcération de l'artère vertébrale. Toutefois la guérison par ankylose est possible: c'est elle qu'on doit s'efforcer de produire par l'immobilisation. Avant d'immobiliser la tête, il faut la remettre dans sa situation normale. Les tentatives de réduction doivent être faites avec les plus grandes précautions, surtout quand il existe déjà une subluxation des vertèbres. Dans ce dernier cas, la réduction lente et progressive, au moyen des appareils, doit être seule employée. La contention est maintenue, à l'aide d'un appareil plâtré immobilisant le cou et prenant point d'appui, d'une part sur la région occipito-frontale, d'autre part sur les épaules et le thorax.

L'étiologie du *torticolis musculaire* est particulièrement intéressante: elle se montre au moment de la naissance ou bien apparaît plus tard, d'où la distinction en torticolis congénital et torticolis acquis. Il est toujours très difficile de savoir si la lésion s'est manifestée pendant la vie intra-utérine, comme cela se voit pour le pied-bot, ou si l'application du forceps, un accouchement par le siège n'ont pas déterminé une lésion musculaire du sterno-mastoïdien.—Le torticolis acquis peut encore être la conséquence de convulsions, de troubles oculaires déterminant une attitude vicieuse. Il peut succéder à des inflammations de voisinage, à des refroidissements, torticolis rhumatismal, qui, de passager, peut devenir chronique.

Dans le traitement du torticolis musculaire, on tend à abandonner la section sous cutanée et à revenir à la section à ciel ouvert: en sectionnant couche par couche les tissus des parties superficielles vers les parties profondes, on a l'avantage de voir ce que l'on fait et de pouvoir couper toutes les brides qui mettraient obstacle au redressement.

Lorsque la section tendineuse est faite, on applique immédiate-

Digitized by Google

ment après l'opération un appareil destiné à maintenir la réduction. Les appareils usuels connus sous le nom de colliers, de minerves, sont fort compliqués et coûtent cher. M. Kirmisson les laisse de côté, et se sert d'un bandage plus simple dérivé de celui employé par Sayre. On prend point d'appui sur la tête d'une part, sur le thorax d'autre part, à l'aide de deux bandes de diachylon enroulées autour de la poitrine et de l'extrémité céphalique ; puis on rapproche l'une de l'autre ces deux bandes à l'aide d'un tube de caoutchouc qui maintient la tête inclinée sur l'épaule gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la difformité.—*Concours médical.*

Du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux.—Clinique de M. le prof. Rendu, à l'hôpital Necker.—Messieurs, je veux vous parler aujourd'hui d'une question très délicate ; il s'agit du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux.

J'ai eu dans mon service deux malades qui nous serviront de point de départ.

Le premier était un cocher qui, le 14 avril, fut pris des premiers symptômes de la pleurésie.

Il entra, le 22 avril, dans le service avec un état général assez bon. Mais il présentait en même temps les symptômes d'un épanchement considérable.

Pas de voussure manifeste, mais espaces intercostaux peu mobiles. Matité très considérable dans tout le côté gauche à la partie postérieure ; cette matité s'étendait en avant jusqu'au-dessous de la clavicule. Pas de skodisme. Vibrations thoraciques abolies en avant ; en arrière, légèrement conservées au voisinage de la colonne vertébrale. Souffle très doux, très lointain. Broncho-égophonie. En haut, respiration un peu rude, un peu soufflante ; en somme, respiration supplémentaire. Pectoriloquie aphone. Organes voisins déplacés : Pointe du cœur battant au-delà du sternum ; sonorité gastrique abaissée. L'espace de Traube n'était pas envahi.

Avec ces signes d'un gros épanchement, les symptômes fonctionnels étaient très satisfaisants, 24 à 30 respirations. P. 100. T. non fébrile.

La ponction fut faite le lendemain et donna issue à un litre ½ de sérosité hémorrhagique. Je laissai d'ailleurs dans la plèvre un bon tiers de l'épanchement pour éviter la congestion pulmonaire.

Six jours après, l'épanchement s'était reproduit.

Une nouvelle ponction donne issue à un litre ½ de liquide séreux. Dès lors, la maladie marche rapidement vers la convalescence.

Notre second malade était un homme de 40 ans, chétif d'apparence, mais assez robuste en réalité puisqu'il exerce le métier de déchargeur de charbon. Il y a huit jours, il éprouva un refroidissement, suivi de tous les signes de la pleurésie. Le lendemain, 13 mai, il entra à l'hôpital. Il ne pouvait se tenir couché que sur le côté gauche : 35 à 40 respirations. Quintes de toux excessives au

Digitized by Google

moindre mouvement. A gauche et en avant, on observe une voussure notable. A la percussion, matité s'étendant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Vibrations thoraciques abolies à la partie inférieure. En avant, matité dans les ⅔ inférieurs de la poitrine.

A l'auscultation, on entendait un souffle lointain, assez aigre, occupant tout le poumon gauche. A la partie supérieure pas de souffle. Bronchophonie assez marquée. Pectoriloquie aphone. La pointe du cœur correspondait au bord droit du sternum. Sonorité de l'estomac un peu abaissée.

Les signes stéthoscopiques étaient donc à peu près analogues dans les deux cas et l'on devait conclure à une lésion identique. La voussure thoracique était même plus prononcée chez le second malade. Mais nous pouvons nous rendre compte qu'elle existait avant la maladie. C'était une disposition particulière à cet homme qui, étant gaucher, exerce de préférence son bras gauche.

De fait, la ponction chez lui ne donna qu'un demi-litre au plus, et on n'en laissa pas une goutte dans la poitrine.

Un premier enseignement ressort de cette étude : *c'est que les troubles fonctionnels ne sont pas en rapport avec la quantité de l'épanchement.* Quand celui-ci se fait lentement, il y a accoutumance des organes.

Messieurs, j'insiste sur ce point, c'est que toute pleurésie est une maladie *initialement pulmonaire.* La plèvre est malade parce que le poumon est malade derrière elle. Le refroidissement, origine la plus fréquente de la pleurésie, porte d'abord sur le poumon, qui, infiniment plus vasculaire, est pris de prime abord. On peut observer des lésions franchement inflammatoires du poumon, donnant naissance à la pleurésie franche, des lésions septiques (pneumonie) ou parasitaires (tuberculose).

En définitive, au point de vue de l'abondance de l'épanchement, deux cas se présentent :

Dans le 1er *cas*, le poumon modérément engoué, mais non absolument hépatisé, se laisse facilement déprimer. Un gros épanchement survient, mais il s'accompagne de peu de symptômes fonctionnels. (Pleurésies subaiguës bâtardes des affections cardiaques et du mal de Bright.)

Dans le 2e *cas* au contraire, le poumon inflammé et injecté se met à plonger : il refoule ainsi une petite nappe de liquide, ce qui donne lieu à une matité très élevée, et simule un gros épanchement, quoiqu'il soit médiocre en réalité.

Etudions les divers signes qui font reconnaître l'épanchement et voyons comment ils peuvent servir à trancher la question de son abondance.

Percussion : Elle nous donne deux signes : la matité, le skodisme.

La matité est la plus importante : mais toutefois il peut, dans des circonstances particulières, y avoir des épanchements sans

Digitized by Google

matité, et aussi de la matité sans épanchement (spléno-pneumonie, atelectasie, pneumonie massive, kyste de la face convexe du foie, etc.)

Pour que la matité ait une réelle valeur, il faut qu'elle soit *dure et absolue avec perte complète de l'élasticité.* Il faut aussi qu'elle s'étende, pas seulement en arrière, mais encore *en avant.* Plus elle se rapprochera de la clavicule, plus elle sera importante pour le diagnostic.

Quand au skodisme, Roger croyait que plus l'épanchement était considérable, plus le skodisme était marqué. Grancher y a donné un autre sens. Le skodisme uni à la conservation des vibrations thoraciques indiquerait la pleurésie franche. La dissociation de ces phénomènes serait un signe de pleurésie tuberculeuse.

Au point de vue qui nous occupe, c'est un signe trompeur. Il répond surtout à l'état de congestion et d'engouement du poumon, puisqu'il existe aussi bien dans les pneumonies franches que dans les pleurésies. Il manquait chez nos deux malades : chez le premier, à cause de l'abondance de l'épanchement ; chez le second, sans doute par suite de l'engouement pulmonaire,

Palpation.—Elle nos fournit un excellent signe, c'est la *suppression des vibrations thoraciques.*

Mais il y a des sujets qui n'ont jamais de vibrations thoraciques (voix aiguës, femmes grasses). Au contraire, alors même qu'il y a épanchement, elles persistent chez certains sujets (individus maigres, à voix de basse.) Mais dans l'immense majorité des cas, le signe est bon. Il faut dire toutefois qu'il peut accompagner une extrême condensation du poumon (spléno-pneumonie, pneumonie massive).

Quoi qu'il en soit, la suppression totale des vibrations, surtout si elle s'étend en avant, a une grande valeur.

La palpation indique encore la plénitude de la poitrine ; mais ce signe ne se présente que dans les gros épanchements qui se sont déjà révélés par des signes bien plus caractéristiques.

Déplacement des organes.—C'est un des meilleurs signes de la quantité de l'épanchement. L'abaissement du foie n'est pas très caractéristique, parce qu'il peut tenir au volume de l'organe, ou au relâchement de la paroi thoracique. Mais à gauche, nous avons : 1o le refoulement des téguments de la plèvre dont la matité dépasse le sternum. Chez nos deux malades, la ligne de matité empiétait sur le côté sain ; 2o le refoulement du cœur dont la pointe déborde le sternum. Une pneumonie un peu intense, une spléno-pneumonie, peuvent déplacer un peu le cœur mais jamais le faire dévier au delà de la ligne médiane ; 3o l'abaissement de la sonorité gastrique et l'effacement de l'espace de Traube. En suivant pendant plusieurs jours le malade, on voit s'abaisser la sonorité gastrique. Or, pour que la voûte diaphragmatique se laisse abaisser, il faut qu'il y ait un épanchement assez abondant.

Digitized by Google

Inspection du thorax.—Dilatation et mensuration.

Il faut savoir que le thorax est très diversement conformé suivant les individus. Chez notre second malade, le thorax présentait naturellement une voussure à gauche. Ces voussures indiquent d'ailleurs plutôt un épanchement circonscrit. Dans les grands épanchements, elle manquent assez souvent.

La mensuration n'est pas un signe bien sûr non plus. C'est d'abord qu'il est très difficile de la bien faire, et l'on arrive souvent à des résultats paradoxaux. D'ailleurs, le refoulement du diaphragme, celui de la plèvre médiastine augmente beaucoup les dimensions du thorax sans donner lieu à aucune ampliation.

Ausculation.—Elle nous fournit trois signes : absence du murmure vésiculaire ; souffle ; égophonie.

L'absence du murmure vésiculaire se rencontre également dans des cas différents : emphysème, pneumonies massives, tumeurs, etc.

Le souffle n'est pas caractéristique, puisqu'il ne diffère pas absolument de celui de la pneumonie.

L'égophonie n'est pas pathognomonique non plus : nous l'avons observé dans un cas de congestion bâtarde avec un peu d'exsudat gélatineux sans aucun épanchement.

Mais la réunion des divers signes devient une grande probabilité.

En définitive lorsqu'on a les signes suivants :

Matité arrivant jusqu'à la clavicule : absence de vibrations thoraciques, absence de murmure vésiculaire, on peut diagnostiquer *un épanchement de un litre ½ à deux litres.*

Absence de murmure vésiculaire à la base, et au-dessus, *égophonie bien nette, souffle et skodisme,* épanchement moyen *de un litre à un ½.*

Les épanchements les plus difficiles à reconnaître, sont les épanchements très peu abondants. Car il peut alors n'exister que très peu de liquide étalé le long d'un poumon congestionné.

Dans certains cas, matité très étendue en arrière, s'arrêtant en avant à la partie moyenne, sans skodisme, souffle voilé, existant partout, toux, mouvement fébrile, douleur à la percussion. Le poumon engoué conduit les vibrations à travers le liquide, et les signes du souffle sont beaucoup plus nets. C'est ce qu'on appelle bien à tort souffle pleurétique. En réalité, c'est un souffle pneumonique transmis. L'existence de ce souffle indique un épanchement peu considérable.

Parfois, le poumon condensé et refoulé en arrière, occupe la gouttière costo-vertébrale, et donne lieu à une vibration considérable par les os et les côtes. Le souffle est alors trompeur.

Quant au souffle amphorique, la condition de sa production, c'est que les grosses bronches résonnent dans un poumon atelectasié. Il coïncidera donc le plus souvent avec un épanchement peu considérable.

Il faut encore tenir compte de l'âge de la pleurésie.

Digitized by Google

Dans les pleurésies récentes, le poumon est presque toujours congestionné : par suite, le souffle s'entend, même avec un épanchement considérale.—Dans les pleurésies anciennes, où cette congestion n'existe plus, le souffle est rare : le plus souvent, murmure vésiculaire aboli.

Dans ce dernier cas, l'épanchement peut être beaucoup plus considérable qu'on ne le croit, lorsqu'il se loge sous le poumon bridé par des adhérences. L'intensité de la dyspnée et le déplacement du cœur feront surtout faire le diagnostic.

J'ajouterai, Messieurs, qu'une précision extrême en pareille matière n'est heureusement pas nécessaire. L'innocuité de la ponction avec des instruments aseptiques est actuellement démontrée, et par suite la ponction exploratrice devient le meilleur des signes. Il est d'ailleurs toujours préférable de ponctionner avant qu'il y ait trop de liquide, car à ce moment le poumon revient plus facilement sur lui-même.—*France médicale.*

CHIRURGIE

Rétention d'urine par rétrécissement cicatriciel consécutif à la rupture de l'urèthre.—Clinique de M. le prof. Guyon, à l'hôpital Necker.—Le lit no 2 de la salle Civiale est occupé par un jeune homme, âgé d'environ dix-neuf ans, entré à l'hôpital le 8 avril dernier, avec une rétention d'urine incomplète.

La rétention d'urine, vous le savez, n'est qu'un symptôme ; mais quand un symptôme acquiert une intensité telle qu'il rend impossible le fonctionnement d'un organe, il devient, par cela même, une maladie.

La rétention d'urine envisagée en elle-même paraît identique en toutes circonstances, quoiqu'elle soit due à des causes multiples, différentes dans leur nature et dans leur traitement. Ainsi il y a rétention d'urine par inflammation, par congestion, par spasme, par rétrécissements, par hypertrophie de la prostate, traumatismes, par causes mécaniques.

Voilà une série de causes diverses qui peuvent toutes entraîner un symptôme commun, la rétention d'urine, mais qui cependant ne comportent guère les mêmes indications thérapeutiques.

Vous saisissez donc déjà l'importance énorme qu'il y a de connaître la cause déterminante de la rétention, sur laquelle sera basée votre conduite pour arriver à un but identique pour toutes les rétentions, l'évacuation de la vessie. Vous saisirez davantage la valeur de l'étiologie quand je vous aurai dit que dans beaucoup de cas le traitement purement médical suffit pour combattre la rétention, que dans une foule d'autres l'intervention chirurgicale est de rigueur.

Digitized by Google

Les commémoratifs, l'interrrogatoire minutieux et répété du malade sont certainement d'un précieux secours dans nos recherches de la cause de la rétention. Cependant, il ne faut pas toujours se contenter des réponses du malade ; il faut se mettre en garde contre ces personnes inintelligibles à qui l'on peut faire dire ce que l'on veut ; leur réponses doivent être soumises à un contrôle rigoureux avant d'être acceptées comme vraies et exactes ; surtout il ne faut pas perdre de vue que l'on a souvent affaire à des personnes de mauvaise foi, dont les explications mensongères tendent à détourner les investigations du médecin de la cause inavouable qui a déterminé la rétention.

Ceci dit, revenons à notre malade.

Il y a environ sept mois, il contracta, pour la première fois, une blennorrhagie dont il se crut guéri au bout de quelque temps, quoiqu'il persistât un léger écoulement blennorrhagique. Il reprit donc toutes ses habitudes et se livra à des rapports sexuels fréquents.

A la suite d'un froissement de la verge, pendant le coït, il éprouva, dit-il, un picotement vers la base de cet organe et cette sensation fut bientôt suivie d'un léger écoulement de sang. Ce froissement, ce picotement, cette légère hémorrhagie, n'ayant laissé le lendemain la moindre trace qui pût l'incommoder dans l'accomplissement de ses plaisirs, il ne s'en préoccupa guère.

Cependant un mois après ce petit incident, il éprouva quelque gêne dans l'émission des urines, et cette gêne dégénéra rapidement en douleurs violentes, en efforts surhumains, pour arriver à vider sa vessie par petits jets sanguinolents ou par gouttes.

Il entra donc à l'hôpital dans un état général et local des plus graves. A l'impossibilité presque absolue d'uriner, se joignirent bientôt toutes ces angoisses physiques et morales que déterminent les efforts inouïs, vainement tentés pour accomplir la miction.

Je ne chercherai pas à vous esquisser ici le tableau navrant qu'offrent ces malheureux, anxieux de pisser sans y parvenir. Je me bornerai à vous citer ce mot de Montaigne qui connaissait trop, par expérience, ces angoisses : " Oh ! que ce bon empereur, qui faisait lier la verge à ses criminels pour les faire mourir, était grand maître de la science de la bourrellerie ! "

Les commémoratifs de notre malade entendus, nous procédâmes à l'examen local. La paroi abominale était tombée, tendue, dure, audessus de la symphyse pubienne ; au niveau de la base de la verge, on percevait facilement, par la palpation, une virole dure, s'opposant à la pénétration des bougies les plus fines de la filière Charrière ; le toucher rectal révélait, outre la distention de la vessie, une hypertrophie légère du lobe gauche de la prostate et de la vésicule séminale gauche ; l'épididyme gauche présentait une légère tuméfaction ; par ses efforts violents, le malade arrivait à peine à faire soudre quelques gouttes d'urine sanguino-

Digitized by Google

lente et purulente. Quant à son état général, il était alarmant : fièvre intense et continue, amaigrissement excessif, inappétence complète, agitation extrême, signes du commencement ou de l'imminence d'un empoisonnement urineux.

Il s'agissait donc évidemment d'une rétention d'urine par oblitération presque complète du canal uréthral. En d'autres termes, nous avions affaire à un rétréci.

Mais ici se pose la question : de quelle nature est le rétrécissement ?

Quelques-uns d'entre vous se font certainement, en eux-mêmes, la réponse de : rétrécissement consécutif à la blennorrhagie. Qu'ils se hâtent de rejeter cette hypothèse. Jamais, jamais les rétrécissements consécutifs à la blennorrhagie ne se produisent en six mois; il faut trois, quatre ans et plus pour que la coarctation des parois uréthrales succède à la blennorrhagie. Et, il est rare, il est exceptionnel que cette coarctation lente et graduée échappe au malade à tel point quelle puisse déterminer une oblitération complète de la lumière du canal. Les modifications que subit la forme du jet urinaire, la gêne dans la miction, parfois mêmes de petites rétentions passagères, éveillent l'inquiétude du patient qui arrive toujours à temps pour consulter le médecin sur la nature de ces symptômes et prévenir ainsi l'oblitération du canal. D'ailleurs ces rétrécissements blennorrhagiques ne sont pas uniques ; la bougie exploratrice qui traverse le canal butte à plusieurs obstacles avant d'atteindre le rétrécissement principal.

Il n'en est pas de même pour les rétrécissements cicatriciels consécutifs à un traumatisme, à une déchirure du canal. Ici l'oblitération, plus ou moins complète, s'opère rapidement ; un mois, quinze jours suffisent pour que le tissu cicatriciel s'empare de la solution produite dans la continuité du canal uréthral. Et ces rétrécissements sont uniques, siégeant juste au niveau de la plaie préexistante ; le reste du canal est parcouru librement par la sonde exploratrice comme en l'état normal.

Chez notre malade, le rétrécissement était bien cicatriciel ; il avait bien succédé à un traumatisme. Rappelez-vous ce froissement de la verge pendant le coït, ce picotement insignifiant et l'uréthorrhagie qui s'ensuivit.

Ce picotement et l'uréthrorrhagie qui lui succéda constituaient bien les symptômes d'un traumatisme, d'une déchirure de l'urèthre par fausse manœuvre pendant le coït, par un froissement de la verge, comme dit notre malade.

Vous avez maintenant l'explication de ce rétrécissement rapide, cicatriciel, qui entraîna la rétention d'urine.

Dès lors, je n'hésitai pas à procéder immédiatement à l'uréthrotomie interne, qui amena comme conséquence immédiate l'écoulement d'une grande quantité d'urine sanguinolente et abondamment mélangée de pus, la cessation définitive de l'hématurie et la chute de la fièvre.

Digitized by Google

Toutefois l'apyrexie n'a pas été de longue durée. La fièvre se déclara de nouveau le lendemain de l'opération, presque aussi intense qu'avant l'intervention chirurgicale.

A quoi attribuer ce paroxysme fébrile ?

Ici la blennorrhagie entre en cause.

En effet il n'est pas douteux que le contact prolongé de la muqueuse vésicale, avec l'urine contaminée par le pus blennorrhagique, ait produit une cystite ; il est même certain, et nous avons eu plus d'une fois l'occasion de nous en assurer, que dans ces conditions il se produit non seulement de la cystite, mais aussi, par propagation ascendante de l'uretérite, et de la néphrite blennorrhagique. L'énorme quantité de pus qui s'est écoulé au dehors après l'uréthrotomie, l'abondance du pus que renferment encore les urines de notre malade, nous permettent d'affirmer qu'il s'est produit une inflammation générale des voies urinaires et expliquent la persistance de la fièvre.

Quant à l'hématurie, elle a complétement disparu, la cause de sa production étant suprimée. En effet, ce n'est pas la rupture des vaisseaux qui détermine ordinairement l'hématurie ; la congestion, la stase sanguine due à la tension d'un organe suffit pour expliquer l'exhalation du sang à travers les parois vasculaires.

Nous avons pu nous en assurer expérimentalement en liant la verge de cobayes et de lapins et produisant ainsi mécaniquement une rétention d'urine et, par suite, une tension vésicale, uretérale et rénale, d'où congestion de ces organes et hématurie. En sacrifiant l'animal dans ses conditions, nous avons constaté une arborisation vasculaire très prononcée de la muqueuse vésicale et même, ça et là, des plaques ecchymotiques.

A l'heure actuelle, l'état de notre malade est assez satisfaisant. La fièvre semble s'amender de jour en jour ; le malade émet facilement ses urines ; il mange bien et reprend des forces.—*Praticien.*

Traitement des bubons suppurés chancreux. — Voici le procédé préconisé par M. le docteur Fontan (de Toulon) dans un pli cacheté ouvert à l'*Académie de médecine :*

1o Ponctionner le bubon fluctuant avec un bistouri étroit :

2o Évacuer, exprimer complètement ;

3o Injecter du Van Swieten étendu d'eau tiède, évacuer et exprimer de nouveau ;

4o Injecter dans la cavité de la vaseline iodoformée à cinq trentièmes, liquéfiée par la chaleur, et qui, abandonnée dans l'abcès, s'épaissit et se solidifie presque par l'application d'un coton bichloruré humide et froid sur la tumeur ponctionnée. La vaseline y reste incluse.

M. Fontan ajoute qu'il avait employé ce procédé pour des adénites banales inflammatoires, strumeuses, etc., dès les pre-

Digitized by Google

miers mois de 1880. Ces premiers essais sont consignés dans la thèse de Laborde (Bordeaux, 1883).

Le même procédé donne des résultats inespérés pour les bubons d'origine chancreuse.

La plupart guérissent immédiatement, sans suppuration aucune.

Les résultats complets de ce traitement seront étudiés dans un mémoire ultérieur.

Traitement de la coxalgie à l'hopital de l'Hotel-Dieu.— Pendant longtemps, la coxalgie a été mal soignée. Les changements de longueur étaient pris pour des raccourcissements réels. On supposait le grossissement de la tête osseuse, de l'épanchement dans l'articulation, la luxation dans la fosse iliaque externe. C'étaient là des phases inévitables de l'affection. Le seul traitement consistait en topiques, cautérisations au fer rouge, cautères chimiques, vésicatoires, émissions sanguines ; et s'il se déclarait des abcès, on appliquait des cataplasmes émollients. Le chirurgien assistait impassible à toutes les périodes de la maladie.

Si le malade guérissait, c'était alors avec un raccourcissement énorme, des déformations; ou bien il s'établissait des fistules, il s'écoulait un pus infect et le malade mourait en cachexie.

Aussi le progrès fut-il considérable quand Bonnet, de Lyon, eut éclairé la pathogénie de la coxalgie et trouvé un mode de traitement efficace. Il rechercha les causes de l'allongement et du rétrécissement, et montra qu'on pourrait s'opposer à ces accidents, et qu'il fallait le faire, car ils étaient une cause de douleur et d'inflammation permanente.

Partant de là, il a proclamé la nécessité d'une immobilisation rigoureuse dans une bonne position.

Au début, quand le membre est douloureux, peu tuméfié, sans attitude vicieuse, l'immobilisation peut suffire à elle seule, la flexion se détruisant dans la position horizontale.

Bonnet fit donc construire la gouttière qui porte son nom, que tout le monde connaît, et sur la description de laquelle nous ne reviendrons pas. Cette gouttière est précieuse dans le plus grand nombre des cas.

Mais elle a plusieurs inconvénients ; d'abord, elle coûte assez cher et ne se rencontre pas partout, elle n'est pas transportable. Aussi a-t-on imaginé d'autres appareils pouvant être fabriqués par le chirurgien lui-même. Ce sont ceux que l'on emploie journellement, telles sont les bandes plâtrées, silicatées, dextrinées, etc., que l'on renforce par des gouttières. M. le professeur Verneuil a donné le précepte d'un appareil silicaté avec une gouttière en fil de fer en T.

Puisqu'ils remplissent leur but, ces appareils doivent non seulement enchâsser l'articulation, mais tout le bassin et le membre inférieur en totalité.

Digitized by Google

Mais quand il y a attitude vicieuse permanente, l'appareil immobilisateur ne suffira plus. On s'exposerait à une ankylose dans une position vicieuse, et la maladie pourrait continuer avec des phénomènes inflammatoires. Il faut détruire cette attitude vicieuse.

Il peut se faire que la contraction musculaire soit assez faible pour que l'on puisse facilement, par une compression lente (ouate, caoutchouc), rétablir la bonne attitude, *sans adduction ni abduction, avec une légère flexion.* Mais souvent ce redressement lent et graduel est difficile.

Bonnet a préconisé le redressement brusque, quoique, au début, dans son premier ouvrage, il l'ait repoussé. Il faut aussi rendre grâces au chloroforme, qui, en supprimant la douleur, supprime aussi une partie de la contraction musculaire.

On recourra donc au redressement forcé sous le chloroforme, lentement et graduellement, par mouvements alternatifs d'adduction et d'abduction, de flexion et d'extension, et peu à peu par des mouvements de circumduction.

Le résultat complet ne s'obtiendra pas dans tous les cas. Quelquefois ne fera-t-on qu'un redressement incomplet, quitte à recommencer à une seconde séance.

Voici en somme, depuis 1858, quels étaient les grands principes du traitement de la coxalgie.

Depuis une douzaine d'années, une autre méthode s'est introduite. Elle consiste à traiter la coxalgie par l'extension continue à l'aide des poids. Ce n'est pas une méthode nouvelle. Lesauvage (de Caen) la proposait dès 1835. En Amérique, l'extension s'est vulgarisée de très bonne heure. Davis (1855), Baüer et Sayres l'ont préconisée.

L'extension par la méthode américaine ne se fait pas comme en France. Les Américains opposent l'extension à l'immobilisation. Ils emploient des appareils produisant l'extension pendant la marche; ils ne veulent pas d'immobilisation. Ces appareils ont été bien étudiés par M. Lefort qui en a fait construire et dont il se sert quelquefois. On peut le voir dans son service de l'hôpital Necker. Le but de ces appareils est la guérison sans ankylose.

En Allemagne, Volkmann (de Halle), en 1865, dans l'*Encyclopédie* de Billroth et Pita, a proposé l'extension continue.

M. Eugène Buquel (de Strasbourg), en 1870, la propose. (Lire à ce sujet une revue de M. Charles Monod parue en 1878 dans les *Archives de médecine* sur l'extension continue appliquée aux articulations.)

Quelles sont les prétentions de l'extension continue? C'est d'abord de détruire la pression des surfaces articulaires pour éviter tous les désordres qui en résultent. Beaucoup d'expériences ont été faites sur les résultats, elles n'ont rien donné de concluant.

Digitized by Google

M. Lannelongue a placé un cadavre dans l'extension. Il a présenté la pièce et conclut à l'écartement possible. Cependant nous ne croyons pas à la conclusion absolue de cette expérience.

Quelquefois il faut des poids énormes pour obtenir l'écartement. On a en effet à lutter contre la pression atmosphérique.

On a pensé que l'extension pouvait agir en fatiguant les muscles, et venait lutter contre la contraction et la déformation vicieuse.

Quoi qu'il en soit, le premier résultat est de supprimer de très bonne heure les douleurs. Il y a immédiatement du calme, l'état général s'améliore, et le soulagement est réel.

Mais à quelle extension continue se rallier? Faut-il employer la méthode américaine ou la méthode française? l'extension sans immobilisation ou avec immobilisation? Il n'y a pas à hésiter, l'extension se fera avec l'immobilisation, le malade restant couché. En Amérique même il y a une réaction contre les appareils portatifs.

Dans le *Medical Record*, du 15 septembre 1888, un article accorde la préférence à l'immobilisation par la methode française. Un numéro d'octobre 1888 du *New York Medical Journal* accuse les mêmes tendances.

Les principes de Bonnet restent tout entiers les mêmes et on ne leur enlève rien en combinant à l'immobilisation l'extension continue.

Pour le petit malade qui est dans le service, on fera l'extension continue avec l'appareil de M. Hennequin, pour les fractures de cuisses, et qu'il avait déjà conseillé pour la coxalgie.

Les *abcès*, dans la majorité des cas, pourront être vidés par la ponction aspiratrice et injectés d'éther iodoformé. Le résultat est souvent favorable. Si la peau est tendue, on fera une large ouverture et on nettoiera la poche, *sans pratiquer le grattage*, et l'on pansera cette poche avec les différents topiques qui agissent sur les productions tuberculeuses.

La *résection* a passé pendant un certain temps pour le traitement de la coxalgie, et certains chirurgiens en étaient arrivés à conseiller les résections primitives. Cependant la résection ne doit être qu'un moyen, ce ne doit pas être une méthode. Il faut tenir compte de l'état du malade.

Le but final dans le traitement sera différent suivant la nature du mal, et il sera important de porter un diagnostic exact. Ce ne sera pas la même chose s'il s'agit d'une coxalgie rhumatismale ou d'une coxalgie tuberculeuse. S'il y a tuberculose, on devra désirer l'ankylose. S'il y a rhumatisme, on devra chercher à rétablir la fonction du membre.

Enfin, dans quelques cas, on pourra avoir à recourir à l'ostéoclasie ou l'ostéotomie (Mac Ewen).—*Praticien.*

Digitized by Google

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

L'anesthésie obstétricale.—(*Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 9 mai 1889).—M. le docteur CHARPENTIER lit un travail sur l'anesthésie obstétricale. Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur ce sujet, il divise l'anesthésie obstétricale en complète et incomplète ; puis cette dernière en générale et locale. Il ne veut s'occuper ici que de l'anesthésie incomplète.

Anesthésie générale.—Il fait le parallèle entre l'action du chloroforme et celle du chloral. Il fait ensuite un historique complet de l'éther et du chloroforme, et énumère les partisans et les adversaires de l'administration du chloroforme *à la reine.* Suit la description des différents effets, suivant les doses, de l'anesthésie obstétricale observés par les divers auteurs qui ont étudié cette question, et par lui-même. L'enfant est peu ou point influencé par le chloroforme. M. Charpentier est en général favorable à ce genre d'anesthésie, tout en faisant des restrictions. Il lui reconnaît des indications spéciales : 1o Lorsqu'on a affaire à des femmes nerveuses, en proie à une vive excitation. Certaines femmes le désirent et en éprouvent du soulagement dans la période de la dilatation, et le repoussent dans la période d'expulsion. 2o Dans les cas de spasmes, et de rigidité des organes de la parturition. Au nombre des contr'indications, il mentionne : le travail normal, les hémorrhagies, les affections cardiaques et pulmonaires, l'alcoolisme. Comme inconvénients, il faut citer la céphalalgie, les nausées et les vomissements.

M. Charpentier cite le cas d'une dame à qui il avait administré le chloroforme sans inconvénient pendant le travail, et qui deux heures après la cessation de cette administration à dose obstétricale, fut prise de délire qui dura quelques instants. Le chloroforme ayant plus tard été donné à cette dame pour un curage utérin, et à dose chirurgicale, cet inconvénient ne se produisit pas. Quant au mode d'administration, M. Charpentier conseille d'être prudent, de n'administrer que de petites doses, et de ne jamais confier le chloroforme à la malade. Le choix de l'appareil est peu important.

Anesthésie locale.—M. Charpentier rappelle les résultats obtenus, il y a quelques années, par M. Doléris à la clinique d'accouchement, avec une solution de cocaïne à 5 o/o employée en badigeonnages sur la muqueuse génitale : la douleur fut atténuée et même supprimée, dans la moitié des cas environ, pour le passage du fœtus.

Digitized by Google

Il signale aussi l'hypnotisme qui a donné quelques succès, dans la suppression des douleurs de l'accouchement à MM. Auvard et Sécheyron. (4 succès complets et 9 insuccès totaux.)

M. Pajot.—Je ne parlerai pas de la cocaïne, dont je ne nie pas l'efficacité. J'ai combattu, on le sait, l'anesthésie obstétricale ou demi anesthésie, je n'y reviendrai pas. Je veux seulement citer l'opinion de Claude Bernard, qui dit que *l'anesthésie ne peut exister sans l'anéantissement du moi ; que le sommeil n'est pas l'anesthésie.* L'anesthésie est au-delà du sommeil ; comment peut-on alors amener l'insensibilité sans produire d'abord le sommeil ? Les petites doses de chloroforme ne sont bonnes qu'à duper les femmes ; elles peuvent en outre produire et entretenir chez certaines femmes une excitation très vive, qu'on ne fait cesser qu'avec une plus forte dose.

M. Guéniot.—Je ne veux dire que ce que j'ai observé personnellement. J'étais d'abord opposé à la demi-anesthésie ; depuis, je l'ai employée nombre de fois, et voici ce que j'ai constaté ; je ne parle pas de l'anesthésie complète. J'ai observé des effets très variables. Certaines femmes repoussaient absolument le chloroforme. Bon nombre de celles qui le désirent sont calmées. D'autres n'en ressentent pas de grands résultats. J'en suis néanmoins partisan, tout en lui reconnaissant quelques inconvénients ; j'ai observé une tendance hémorrhagique dans certains cas, et j'estime qu'il vaut mieux laisser souffrir les femmes que de les exposer aux dangers d'une hémorrhagie post-partum, dont on a quelquefois peine à se rendre maître. Pour cette raison, je désire qu'on sollicite le chloroforme, je ne l'offre pas, et je ne cherche à produire qu'une anesthésie légère. Je suis d'avis de le donner au moment où la douleur s'annonce, pendant la durée des contractions ; je crois qu'en donnant le chloroforme, comme le conseille M. Bailly, dans l'intervalle des contractions, c'est s'exposer à en donner trop.

M. Pajot.—Au temps de Mauriceau, les accoucheurs avaient aussi leur chloroforme. C'était une potion calmante qu'on envoyait chercher très loin, et qui arrivait à la fin de l'accouchement, on faisait ainsi prendre patience à la parturiente. L'anesthésie obstétricale me paraît ressembler à une foule de procédés sans action, et qui ne tendent qu'à distraire les femmes de leurs douleurs.

Toilette antiseptique de la femme.—M. Auvard pense que les précautions antiseptiques prises actuellement par les accoucheurs sont insuffisantes, et voici celles qu'il conseille de prendre.

Il faut tout d'abord faire prendre à la femme un grand bain savonneux ; puis, la plaçant en travers du lit, l'accoucheur lui-même ou tout au moins une garde expérimentée doit procéder à la toilette de la vulve. On frottera avec un savon ordinaire ou, mieux,

Digitized by Google

antiseptique, grandes et petites lèvres, vestibule, mont de vénus, anus, plis génito-cruraux, périnée, pendant qu'un aide fait couler un jet continu et modéré de liquide antiseptique sur la région frottée, enfin, courant abondant de liquide.

On passe alors au vagin. Si l'on veut que la toilette soit complète, il faut remplir deux conditions : *frotter* et *irriguer*. Or en donnant l'injection comme on le fait d'ordinaire, la seconde condition seule est remplie. Pour obtenir le résultat désiré, M. Auvard a fait construitre un doigtier irrigateur et il se sert de la liqueur Van Swieten, tout au moins pendant le travail. L'index muni du doigtier parcourt toute la surface vaginale, pénètre dans le col utérin en frottant pendant qu'un flot de liquide arrose la surface frottée. On obtient de la sorte une asepsie absolue. Cette toilette doit être faite au moins une fois pendant le travail.

Si pendant les suites des couches il devient nécessaire de nettoyer la cavité utérine, comment faut-il s'y prendre ? Ici encore il faut frotter et irriguer. Les injections telles qu'on les pratique actuellement étant insignifiantes, au dire de M. Auvard, ce qui n'est pas juste, à notre avis, au moins dans l'immense majorité des cas, l'auteur conseille de se servir de la curette irrigatrice. Pour ce faire, il abaisse l'utérus au moyen d'une pince à griffes, puis il fait pénétrer la curette irrigatrice, guidée par l'index, et on racle la surface utérine de haut en bas soit avec le côté émoussé, soit avec le côté tranchant de l'instrument.

La toilette terminée, on laisse l'utérus reprendre sa place. C'est là un procédé qui peut, dans certains cas, trouver son indication; mais nous pensons que, le plus souvent, la simple injection intra-utérine, faite larga manu, suffira pour obtenir le résultat désiré. —*Revue de thérapeutique.*

Traitement de l'avortement.—En cas d'imminence d'avortement, NYHOFF conseille le repos au lit et l'application de la glace sur l'abdomen. S'il y a des contractions de matrice, les préparations empiriques, comme la teinture de badiane, le borax, le salicylate de soude, etc., agissent quelquefois avantageusement. Si l'avortement ne peut plus être arrêté, l'auteur conseille l'intervention active. Si l'orifice n'est pas encore suffisamment ouvert, on peut recourir provisoirement au tamponnement. Ce n'est que si le contenu de la matrice est altéré ou quand, après la rupture de l'œuf, l'utérus reste encore très volumineux, que le tampon est contre-indiqué. De plus, outre que c'est le meilleur moyen pour arrêter l'hémorrhagie, le tampon offre au médecin le meilleur moyen d'exercer un contrôle exact de ce qui se passe au niveau de l'orifice, et dans bon nombre de cas, le choix du moment où on devra entreprendre l'évacuation de la matrice. L'auteur conseille d'extraire l'œuf, les débris de membrane ou de placenta par la manœuvre digitale. Si on ne peut pas avec le doigt parcourir toute la cavité de l'utérus,

Digitized by Google

et s'il reste encore des débris de membrane, il conseille d'avoir recours à la curette, dont il vante les grands avantages. Si l'œuf a déjà été antérieurement expulsé en totalité ou en partie, le mieux est, si l'ouverture du col le permet, de parcourir toute la cavité utérine avec la curette. Si l'orifice n'est pas encore ouvert et si l'utérus est volumineux, il faut dilater le col avec la laminaire iodoformée, ou avec les dilateurs d'Hégar ou de Fritch, et s'il y a péril imminent on peut pratiquer la dilatation sanglante avec le bistouri, pour enlever aussitôt que possible avec le doigt ou la curette les restes du placenta ou de la caduque. Ce n'est que dans quelques cas qu'il a eu de la difficulté à manier la curette, notamment quand l'utérus et son voisinage sont très douloureux; quand la matrice est fixée par de la métrite, de la paramétrite ou de la pelvipéritonite. Dans ces cas, on doit essayer à l'aide de petites pinces ou pinces à polypes, et avec beaucoup de précautions, d'enlever les petits débris restés dans l'utérus.

Il faut prendre les plus grandes précautions quand la femme a eu une hémorrhagie grave et persistante, quand elle est très déprimée, que l'utérus est mince et très mou, parce qu'on peut le perforer très facilement: si, après le curage, l'hémorrhagie persiste, faire le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Une fois l'évacuation de la matrice faite, le traitement consécutif de l'avortement est très simple: injections vaginales et intra-utérines, tampon vaginal de gaze iodoformée suffisent généralement. Une fois le tampon enlevé, la plupart du temps le second ou le troisième jour, on fait encore une ou deux injections vaginales.

Pour favoriser l'involution de l'utérus pendant les quatre ou cinq premiers jours, on administre de l'ergotine ou du seigle ergoté. Il va de soi, que pendant toutes les manœuvres, la plus rigoureuse antisepsie doit être observée.—*Paris médical.*

Des fractures intra-utérines.—M. le Dr. J. Vilcoq a étudié avec soin cette question. L'existence des fractures intra-utérines, d'observation ancienne, vivement discutée au commencement du siècle, est actuellement admise par tous les auteurs.

Les *fractures traumatiques* sont celles dont l'étiologie prête le moins à la discussion. Le traumatisme, quelle que soit la façon dont il agit, paraît en être la cause unique. Ce traumatisme qui produit la fracture, se montre le plus souvent dans la seconde moitié de la grossesse. L'avortement n'est pas fatal. Bien loin de là, la femme conduit le plus souvent sa grossesse à terme. La possibilité de la production de fractures du crâne soulève un problème de médecine légale de la plus haute importance.

Dans les *fractures avec arrêts de développement ou vices de conformation quelconques*, on trouve la plupart du temps un traumatisme dans les antécédents maternels. Quels sont les rapports qui exis-

Digitized by Google

tent entre ce traumatisme et les malformations diverses que l'on peut observer sur le fœtus ? Quel est le mécanisme de la fracture ? Les hypothèses sont nombreuses et la question est loin d'être élucidée.

Les *fractures syphilitiques* ne semblent pas exister. Ce qu'on a décrit comme telles se rapporte à des décollements épiphysaires. Le diagnostic d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire présente cependant parfois, même au point de vue histologique, de réelles difficultés. Les *fractures d'origine rachitique*, les fractures dues à *une fragilité ou à une mollesse particulière du squelette fœtal*, pourraient être rangées dans la classe des *fractures dites spontanées*. Ces altérations osseuses jouent certainement un rôle des plus importants. Quant à la cause déterminante, si minime qu'elle puisse être, elle doit certainement entrer en ligne de compte, bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.

Les fractures rachitiques constituent un type nosologique bien distinct. Pour ce qui est des observations de fractures avec fragilité particulière du tissu osseux, les examens histologiques ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit permis de créer un type spécial.

Si l'on considère maintenant les fractures congénitales en général, on peut tirer de leur étude les conclusions suivantes : Les plus fréquentes sont celles de jambes. Elles sont souvent associées à des malformations diverses siégeant principalement sur le membre malade. Une mention spéciale doit être faite à propos de l'absence complète ou partielle du péroné qui est un des caractères les plus constants et les plus intéressants de leur histoire.

Au point de vue de la variété des complications, elles présentent de grandes analogies avec les fractures de l'adulte. La guérison dans l'utérus est un fait indiscutable.

Le traitement chirurgical (ostéoclasie, ostéotomie, ténotomie) atténue notablement la gravité du pronostic au point de vue fonctionnel. L'intervention doit être tentée à un âge approprié quand il n'existe pas de malformations incompatibles avec l'existence de l'enfant.—*Concours médical.*

Pendant la période scolaire, nous redoutons les examens et les concours, forcément rares pourtant et auxquels nous avons le loisir de nous préparer ; la pratique nous en impose à l'improviste d'autrement difficiles et sous les yeux d'un juge, le public, que son égoïsme rend impitoyable.

Le médecin est, comme un artiste, condamné à exécuter chaque jour, au pied levé, une œuvre nouvelle et qui ne supporte pas la médiocrité.

Digitized by Google

PÆDIATRIE.

Traitement de la bronchite capillaire.—Clinique du docteur Jules SIMON à l'hôpital des Enfants Malades.—La bronchite capillaire étant une affection insidieuse à marche capricieuse, le médecin, s'il n'a pas tout d'abord un peu réfléchi, peut se trouver dans une situation embarrassante. Cependant, lorsque la maladie ne revêt pas un caractère absolument foudroyant, on peut intervenir d'une façon effective et amener la guérison rapide de l'enfant.

La bronchite capillaire est essentiellement une affection secondaire ; nous la voyons survenir le plus habituellement au cours d'une rougeole, d'une grippe, d'une coqueluche et d'une fièvre typhoïde.

Il est aujourd'hui démontré que parfois la broncho-pneumonie est le résultat de la localisation d'emblée dans les poumons de l'agent de contage typhique, rubéolique, etc., parfois cet agent envahit l'appareil respiratoire d'enfants tenus dans les meilleures conditions hygiéniques ; ces cas, il est vrai, sont exceptionnels. La plupart du temps les poumons ne sont atteints que parce que, par suite d'imprudences, ils sont devenus un terrain favorable au développement des agents de contage qui les avaient envahis.

On sait combien est fréquente la broncho-pneumonie suite de coqueluche ; le docteur J. Simon pense qu'on peut l'éviter, mais non pas en faisant sortir les petits malades, comme on a l'habitude de le faire, sous prétexte de leur faire changer d'air ; voici sa pratique : pendant les huit jours de la période inflammatoire, il tient les enfants au lit, pendant les trois semaines suivantes il leur permet seulement d'aller dans les différentes pièces de l'appartement à la condition expresse qu'il y règne une température uniforme.

Pour le traitement proprement dit de la bronchite capillaire il y a deux périodes à envisager. Au moment de l'invasion on a à combattre les troubles circulatoires, l'élévation de température, l'agitation plus ou moins grande. Il est inutile de dire que, sitôt que l'on soupçonne un enfant d'être atteint de broncho-pneumonie, il faut immédiatement le faire mettre au lit, lui envelopper les membres inférieurs d'ouate et de taffetas gommé, et maintenir le tout au moyen d'un grand bas ; matin et soir il faudra changer l'ouate en ayant soin d'opérer rapidement pour éviter un choc en retour qui pourrait être dangereux.

Le Dr. Jules Simon conseille d'appliquer dès le début, en avant

Digitized by Google

et en arrière de la poitrine, de larges cataplasmes sinapisés, puis de faire prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Julep gommeux.....	100 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit.....	XV gouttes.
Acétate d'ammoniaque.....	1 gramme.
Sirop de codéine.....	5 à 15 grammes.

(*Suivant l'âge de l'enfant*).

Si le calme survient, on espacera progressivement les doses ; dans le cas contraire, on pourra les rapprocher. Si la poussée congestive devient menaçante il ne faudra pas hésiter à donner un bain sinapisé de quatre à cinq minutes de durée, l'enfant devra être maintenu roulé pendant une heure dans une couverture sèche. Le bain pourra être répété plusieurs fois.

Quand on se trouve au début d'une broncho-pneumonie, on est souvent tenté d'administrer un vomitif ; si, dit le Dr. Jules Simon, " l'enfant avait au préalable de la bronchite des grosses " bronches ; si la toux, dans les jours précédents, était devenue " plus grasse, donnez un vomitif, *mais un seul* ; un second vomitif " purgerait et affaiblirait votre malade. Dans ces conditions, en " effet, le bulbe, irrigué par un sang qui n'a subi qu'une hématose " incomplète, reste insensible à l'action de l'émétine, les vomisse- " ments ne se produisent plus et vous n'obtenez qu'une déperdi- " tion des forces. Il est des circonstances où le vomitif n'est pas " nuisible, mais, si j'avais une indication générale à vous formuler " à cet égard je vous dirais volontiers : n'en donnez pas."

Une fois la broncho-pneumonie déclarée, on a le choix entre deux méthodes thérapeutiques très différentes et il faut se décider de suite pour l'une ou pour l'autre. L'une proconisée par MM. d'Espine et Picot consiste dans l'administration répétée de bains tièdes ; cette méthode a valu à M. Cadet de Gassicourt et à d'autres médecins des succès encourageants ; quant à M. le Dr. Jules Simon, il préfère la médication révulsive ; il fait une révulsion active sur la peau et pousse cette révulsion jusqu'au vésicatoire. Certains médecins, dit-il, se sont élevés contre l'application des vésicatoires aux enfants ; mais, en prenant quelques précautions, il est facile d'éviter les inconvénients inhérents à ces révulsifs, et d'autre part on en retire un tel bénéfice que je n'hésite pas à y avoir recours.

" Un enfant agité, oppressé, qui n'aura pas dormi depuis plusieurs jours aura une nuit tranquille si on applique un vésicatoire."

Il ne faut prescrire que des vésicatoires de 3 à 4 centimètres qu'on laissera en place pendant trois heures seulement ; on complète l'action par un cataplasme de fécule et on panse avec un peu de vaseline (boriquée) et une forte couche d'ouate.

Digitized by Google

On ne se bornera pas, bien entendu, à appliquer un seul vésicatoire; la méthode révulsive consiste à agir coup sur coup, chaque fois qu'il se produit des points congestifs; on pourra mettre ainsi cinq, six, jusqu'à dix vésicatoires successivement.

On devra veiller en même temps à ce que les malades soient dans de bonnes conditions hygiéniques; maintenir dans la chambre une température constante, environ 28°; entretenir une certaine humidité dans l'air en ayant de l'eau bouillante dans la pièce où le malade est couché. Il faudra autant que possible asseoir les enfants; s'ils sont en bas âge, il y a avantage à les tenir dans les bras, la position assise facilitant la respiration.

Telle est la base de la médication; mais à côté de cela on peut avoir à remplir des indications particulières qui varieront suivant les cas.

Sous l'influence de la stase veineuse le cœur se distend, il y a des troubles du côté de la veine-porte: le pneumogastrique et les nerfs de l'intestin sont troublés dans leur fonctionnement, le ventre se ballonne, il y a ou de la constipation ou de la diarrhée; pour assurer le rétablissement des fonctions digestives il faudra avoir recours à de légers laxatifs, un peu de magnésie, 2 à 3 grammes de séné dans du lait bouillant, ou bien l'eau de chaux et des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée.

Si les symptômes nerveux prédominent, s'il y a de l'agitation ou du délire, le Dr. Jules Simon autorise un peu de café, du champagne mélangé d'eau, ou des grogs, enfin le lavement suivant qu'il ne faudra pas craindre de répéter:

Hydrate de chloral. 0.50 centigr. à 1 gramme.
Eau..... 60 grammes.
Teinture de musc ..... XX gouttes.
Teinture de valériane..... ..... XV gouttes.

Il est un médicament qui rendra parfois de réels services, c'est le sulfate de quinine; sédatif du système nerveux, modérateur du cœur, et régulateur de la circulation périphérique; il est en même temps tonique et antithermique, on pourra l'employer à des doses variant entre 3, 10 ou 15 centigrammes.

Le meilleur moyen pour le faire prendre aux enfants consiste à l'administrer en potion avec de la glycérine, du sirop tartrique et un peu d'eau de Rabel.

" Il vous arrivera, dit le Dr. Jules Simon, d'être appelé auprès de malades affaiblis par du kermès, de l'oxyde blanc d'antimoine de l'ipéca en lavage, médications parfois encore employées et contre lesquelles je ne saurais trop m'élever; c'est dans ces cas qu'il faudra donner l'alcool à haute dose. Vous prescrirez 30 grammes de vin de malaga pour un enfant de cinq à six mois, 50 à 60 grammes d'eau-de-vie à partir de deux ans; vous donnerez du champagne, des grogs et vous obtiendrez des résultats dont vous serez vous-mêmes étonnés.

Digitized by Google

Il est utile de surveiller attentivement la sécrétion urinaire, parce que sa suppression peut être la principale cause de la dyspnée ; dans cette occurrence, il faut avoir recours à la digitale ; " ne donner ni sirop, ni teinture, mais 15 centigrammes de poudre de feuilles en infusion, en trois fois dans les vingt-quatre heures ; en même temps, mettez des cataplasmes sur les reins et même quelques ventouses sèches : vous verrez alors les contractions cardiaques reprendre un rythme plus régulier et la sécrétion urinaire reparaître. Toutefois, le traitement par la digitale ne doit pas être poursuivi plus de deux jours.

La broncho-pneumonie est une maladie dont la durée est toujours longue ; pendant vingt jours, un mois, on aura à lutter contre de petites poussées successives ; enfin le malade guérira, la fièvre aura disparu, on lui permettra de se lever ; néanmoins le rôle du médecin ne sera pas encore terminé. Il lui restera à combattre un emphysème parfois très étendu, de l'atélectasie, de la congestion pulmonaire, de l'adénopathie, troubles consécutifs contre lesquels il faudra instituer un traitement approprié et de longue haleine, afin d'éviter le retour d'accidents plus ou moins graves qui pourraient compromettre les beaux résultats que l'on aura obtenus par une thérapeutique attentive et raisonnée.—*Concours médical.*

Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par M. E. Smith. — Les causes de cet accident sont, d'après l'auteur, l'absence de sucre dans le lait, l'usage des farineux, ou celui de substances alimentaires dont les résidus sont abondants et encombrent la cavité intestinale. Enfin, M. Smith attribue un grand rôle à la quantité insuffisante de boissons.

De là les prescriptions suivantes. En administrant quotidiennement à l'enfant trois à quatre cuillerées de sirop de sucre on peut vaincre la première de ces variétés de constipation. Quand les urines sont concentrées, il y a lieu de prescrire quelques cuillerées d'une eau minérale alcaline. Après l'âge de dix mois, on peut éviter l'encombrement fécal de l'intestin par l'administration quotidienne d'une petite quantité de bouillon ou bien d'asperges et de choux-fleurs bouillis. Enfin, comme moyens mécaniques, l'observateur anglais recommande les frictions sur l'abdomen pour réaliser une sorte de massage.

Comme évacuants, il prescrit les lavements à la glycérine ou les suppositoires gommeux, et, pour régulariser la défécation, l'usage d'une infusion de séné et de colombo, ou bien de quelques gouttes d'une mixture à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de belladone, ou bien de teinture de belladone et d'extrait de cascara, ou bien encore de quelques grains de soufre en poudre.—*Abeille médicale.*

Digitized by Google

Danger des émanations gazeuses toxiques et influence nuisible de certaines odeurs sur les jeunes enfants.—Les jeunes enfants sont très sensibles aux émanations gazeuses toxiques et aux effluves odorants. Telle odeur, qui incommode à peine les adultes, peut influencer assez défavorablement leur système nerveux pour les rendre vraiment malades.

Pour ce qui est des gaz nuisibles, soit incapables d'entretenir la respiration et l'hématose comme l'acide carbonique, soit vraiment destructeurs des globules sanguins comme l'oxyde de carbone, s'ils se trouvent en quantité même très faible dans l'atmosphère où vit un petit enfant, ils peuvent compromettre gravement et rapidement sa santé et sa vie sans que l'entourage ait pu soupçonner la cause des souffrances de l'enfant, parce que cette cause est trop faible pour influencer les grandes personnes qui vivent avec lui.

J'ai recueilli personnellement un certain nombre de faits démonstratifs à cet égard ; mes lecteurs en garderont peut-être le souvenir, et à l'occasion leur attention sera attirée de la sorte sur des imprudences commises par les familles relativement à l'hygiène de la respiration. D'ailleurs je pense qu'il ne serait pas difficile de réunir, en feuilletant les recueils consacrés à l'hygiene et à la médecine infantile, beaucoup de faits analogues à ceux que je vais rapporter.

Je citerai d'abord des cas de véritable intoxication par les gaz délétères dégagés d'appareils de chauffage ou d'éclairage défectueux.

J'ai vu chez l'enfant d'un concierge, enfant de 10 mois, un cas de *purpura* récidivant localisé sur les membres inférieurs sous forme de petites extravasations sanguines : le teint était terreux, les muqueuses décolorées, des troubles digestifs se montraient assez fréquemment et l'enfant était habituellement engourdi dans une somnolence peu rassurante. L'examen minutieux des divers organes et appareils ne révélait ni maladie générale, ni maladie locale qui pût expliquer l'anémie, et l'enfant n'était pas mal alimenté. Les parents étaient l'un et l'autre sains et d'apparence vigoureuse. La seule dérogation évidente aux règles de l'hygiène qui pût peser sur la santé de l'enfant était relative à l'aération. Chacun sait ce qu'est une loge de concierge dans les vieilles maisons de Paris ; une première pièce ne recevant généralement de lumière et d'air que par la porte ou par un vasistas, par derrière un vrai trou noir qui ne reçoit à son tour d'air que par la première pièce. Dans cette arrière-loge se trouve le berceau dans lequel l'enfant passait une grande partie de sa vie, et à proximité du berceau se trouvait un poêle de fonte, dont les émanations me prenaient à la gorge chaque fois que j'entrais. On était alors en hiver. Je pensai qu'un certain degré d'intoxication oxycarbonique devait exister dans le cas de ce petit. Il n'était pas possible

Digitized by Google

d'obtenir que les conditions de logement fussent changées ; mais, sur mon conseil, la mère et l'enfant partirent pendant quelques semaines chez des parents dans un village voisin de Paris. Peu de temps après, l'enfant me fut montré, il n'avait plus de taches purpuriques, son teint était déjà meilleur, ses digestions n'étaient plus jamais troublées. L'hiver s'acheva ainsi ; l'enfant ne fut réintégré qu'au printemps dans la loge paternelle, son développement s'est fait depuis cette époque régulièrement et jamais le purpura n'a reparu.

Dans un autre cas que j'ai observé, une petite fille de quelques mois était élevée avec grand soin par une mère et une nourrice intelligentes, et une seule condition hygiénique était défectueuse. La pièce qui était dévolue à la nourrice et à l'enfant était petite et donnait sur une cour étroite, mal éclairée pendant la plus grande partie de la journée. On avait obvié à cette obscurité de la pièce par deux *becs de gaz* qu'on maintenait allumés en hiver pendant la fin de la journée et la soirée. Chaque fois que j'entrais dans cette pièce, j'étais pour ma part incommodé par la chaleur sèche et l'odeur particulière que communique à l'atmosphère la combustion du gaz dans les locaux étroits. L'enfant, qui était de bonne humeur pendant la première partie de la journée et à la promenade, devenait chaque soir maussade, agitée, s'endormait difficilement, se réveillait souvent et en sursaut avec des cris, ou même avec de longues *insomnies*. M'étant assuré que l'alimentation n'était pas plus copieuse que de raison, que l'enfant ne présentait aucune autre cause tangible d'agrypnie, je conseillai d'abord de ne plus allumer le gaz pendant plusieurs heures de la soirée comme on le faisait, et même, s'il était possible, de faire coucher l'enfant dans une autre pièce. Ici encore j'eus la satisfaction de constater que la suppression des émanations du gaz avait suffi pour faire disparaître les troubles nerveux de l'enfant.

Par ce temps où triomphent les *poêles mobiles*, on ne saurait trop attirer l'attention des familles sur les dangers que présentent pour les tout jeunes enfants (et même pour les grandes personnes), mais pour les bébés surtout, ces réservoirs d'oxyde de carbone, dont la plus mince fissure peut déverser la mort dans les chambres petites comme presque toutes celles que notre bourgeoisie anglomane décore prétentieusement du nom de *nursery ;* on a pris à nos voisins le mot, mais non la chose ; car, tandis que dans les maisons anglaises bien conçues, la chambre des enfants est habituellement une pièce vaste, bien aérée, bien ensoleillée où ne se trouvent ni tentures, ni meubles superflus, dans nos appartements parisiens exigus, on n'a le plus souvent consacré aux enfants qu'un grand cabinet de toilette, où la coquetterie d'une mère amie du bibelot a accumulé une foule d'objets souvent aussi inutiles qu'élégants.

" M. Cadet de Gassicourt, disait M. Lancereaux dans une ré-

Digitized by Google

cente clinique sur l'intoxication oxy-carbonée, a rapporté qu'un enfant de vingt-neuf jours pour lequel il était consulté présentait de la torpeur, de l'anéantissement, de la somnolence et refusait les aliments. Ce médecin distingué fut d'abord embarrassé. Heureusement il eut l'idée de la possibilité de l'influence d'un poêle et constata qu'il s'agissait d'une intoxication par l'oxyde de carbone. L'enfant fut séparé du poêle et alla bien au bout de quelques jours."

L'observation suivante est aussi très significative. Une fillette de 2 ans qui est en général bien portante, mais nerveuse, avait eu un léger catarrhe aigu des premières voies respiratoires avec un peu de stridulisme ; depuis 2 jours le rhume était fini, quand survint une attaque do convulsions aussi violente que rapide dans les conditions suivantes.

L'enfant était dans son berceau a moitié distance entre un poêle mobile ajusté devant la cheminée et la fenêtre.

Il était huit heures du soir et elle commençait à sommeiller ; elle avait pris pour son dernier repas une petite tasse de lait deux heures auparavant, ce qui écarte toute idée d'indigestion. La mère, trouvant que l'atmosphère de la chambre est trop chaude, ouvre la fenêtre quelques minutes à peine, puis, constatant que l'air du dehors est trop froid, la referme vivement.

Dix minutes au plus après cette manœuvre, l'enfant s'éveille brusquement très rouge, s'agite, se plaint, se dresse sur son séant, puis subitement raidit ses bras, se renverse en arrière, les yeux convulsés.

La mère, épouvantée, envoie chercher le médecin le plus proche, qui constate une attaque de convulsions. L'attaque prend fin, après avoir été composée de plusieurs petits accès d'intensité et de durée décroissantes. Le confrère prescrivit les moyens ordinaires ; l'enfant fut d'abord transportée dans une autre pièce, puis on lui administra un lavement purgatif, qui ne ramena aucune matière suspecte. Ayant fait son interrogatoire dans le sens d'une indigestion possible, le médecin se retira en chargeant les parents de me dire qu'il avait eu à soigner une attaque convulsive, dont la cause lui échappait complètement.

Le soin d'élucider la question m'incombait, puisque je suis le médecin de la famille. Mon enquête fut nulle sur tous les points sauf le suivant.

La mère, qui est fort bonne observatrice, ayant un poêle mobile qu'elle trouve commode, mais ne se dissimulant pas ses inconvénients, sait très bien reconnaître l'odeur révélatrice du reflux de gaz dans la pièce à certains moments.

Or, elle se souvenait parfaitement,—ce fut elle-même qui attira mon attention sur le fait,—qu'après avoir refermé la fenêtre restée ouverte quelques minutes seulement, elle perçut l'odeur de l'oxyde de carbone. Mais son attention fut bientôt détournée par

Digitized by Google

quelques soins de ménage et quand survinrent le réveil brusque de son enfant, l'attaque convulsive, l'arrivée du médecin, elle avait perdu le souvenir de l'émanation odorante et de l'incident de la fenêtre. Ce souvenir ne lui revint que le lendemain, alors que je la priais de me faire minutieusement le récit des circonstances dans lesquelles les convulsions s'étaient manifestées.

Voici comment, à mon sens, on peut reconstituer l'enchaînement des causes morbifiques.

L'ouverture de la fenêtre produisit, l'air extérieur étant très froid, un appel d'air en sens inverse du courant ascensionnel ordinaire des gaz de la combustion du poêle ; la plaque de cheminée étant bien loin d'être hermétiquement close, je m'en suis assuré, un reflux d'oxyde de carbone se fit donc dans la chambre de la cheminée à la fenêtre ouverte, l'enfant se trouvant juste sur le trajet du courant gazeux et à bonne hauteur, dans un berceau bas.

Si la fenêtre était demeurée ouverte, l'atmosphère de la chambre se serait débarrassée rapidement de l'oxyde de carbone revenu de la cheminée; mais, la mère ayant refermé précipitamment la fenêtre à peine après l'avoir ouverte, le gaz attiré de la cheminée et répandu autour de l'enfant était demeuré là dans les couches inférieures de l'atmosphère. Peut-être en d'autres circonstances la petite fille n'eût-elle été incommodée qu'à la longue ; mais elle était depuis quelques jours dans un état nerveux plus accentué qu'à l'ordinaire, sa récente esquisse de laryngite striduleuse en faisait foi. La réaction énergique, violente de son système nerveux à l'impression du gaz méphitique et toxique, revêtit la modalité convulsive. Le lendemain l'enfant était prostrée, le teint jaunâtre, les paupières un peu tuméfiées, l'appétit languissant. Mais, deux jours après, la santé était parfaite et n'a jamais été troublée depuis trois mois. Inutile de dire que dès le moment où sa culpabilité eut été soupçonnée, le poêle mobile fut exilé à la cave, d'où j'espère bien qu'il ne reviendra plus. *Et nunc erudimini...* défenseurs des poêles mobiles !

Après les poêles mobiles je signale les *chaufferettes* comme capables d'altérer assez sensiblement la composition de l'atmosphère pour incommoder un enfant tout jeune, et j'ai dû plusieurs fois attirer l'attention d'une mère ou d'une nourrice sur le tort qu'elle avait de tenir ses pieds sur une chaufferette pendant que l'enfant était sur ses genoux.

Pour l'éclairage d'une chambre où séjourne habituellement un enfant, je pense qu'il faut préférer à tout les lampes à huile ; la combustion de l'huile, si la lampe est bien construite, ne déverse dans l'air que peu de produits nuisibles, tandis que le *gaz* dessèche l'atmosphère, en vicie la composition par les produits de sa combustion ; le *pétrole* dégage toujours une odeur, à laquelle les adultes s'accoutument, mais qui peut très bien influencer défavorablement le système nerveux de très jeunes sujets.

Digitized by Google

" Il faut proscrire, dit J. Uffelmann, dans son excellent Traité pratique d'hygiène de l'enfance, dans les chambres où couchent les enfants les *veilleuses* qui vicient l'air, en y répandant de l'acide carbonique, et surtout les produits de combustion incomplète, des acides gras volatils, de l'oxyde de carbone, enfin du charbon en quantité telle que le matin on reconnaît à la vue, si une veilleuse a brûlé toute la nuit dans la chambre."

Parmi les émanations qui peuvent vicier l'atmosphère on doit penser toujours à celles qui se dégagent des *fosses d'aisances*. J'ai une fois constaté une indigestion violente chez un enfant de trois ans non sujet aux troubles digestifs, une nuit que la fosse de la maison avait été vidée. L'odeur ammoniacale et sulfhydrique avait incommodé tous les habitants de la maison, mais l'enfant plus sensible en avait ressenti des effets plus accentués.

Le voisinage des *éviers* mal bouchés, par lesquels refluent des odeurs méphitiques, de certaines *cours* si *étroites* qu'elles ressemblent à des puits et dans lesquelles s'accumulent toutes les *odeurs culinaires* ou *ménagères* de la maison doit encore préoccuper le médecin.

Mais voici des exemples de troubles de la santé causés chez des enfants par des ODEURS, qu'on ne soupçonne pas aussi naturellement que les précédentes et qui ne me semblent pourtant pas pouvoir être méconnues.

J'ai été consulté pour un enfant de trois mois qui, dans de bonnes conditions d'allaitement et d'hygiène générale, vomissait assez fréquemment après ses tétées, sans qu'on pût s'expliquer la cause de ses vomissements. La nourrice avait un lait de bonne apparence et assez convenable en somme pour l'enfant puisque, malgré ses indigestions inexplicables, il augmentait régulièrement. Je fis une enquête minutieuse sur les conditions dans lesquelles se produisaient ordinairement ses indigestions. En règle générale, en dehors du moment où elle lui donnait le sein, la nourrice ne gardait pas l'enfant, d'une part parce qu'elle s'employait activement aux soins du ménage, d'autre part parce que la mère, un peu jalouse de la nourrice, et la grand'mère par un sentiment de tendresse, s'emparaient de l'enfant aussitôt qu'il avait tété pour le bercer dans leurs bras ou dans son lit.

Cependant de temps en temps la nourrice conservait son nourrisson après lui avoir donné le sein, et alors le tenait étendu sur ses genoux.

L'enfant dans ces cas se plaignait généralement, s'agitait, paraissait mal à l'aise jusqu'au moment où survenait l'indigestion. J'en étais là de mes investigations et j'interrogeais la nourrice sur toutes les circonstances de nature à m'éclairer sur sa santé, la manière dont elle s'alimentait et digérait, lorsque je fus frappé de l'odeur spéciale qu'elle exhalait ; c'était celle de la *sueur fétide*, bromhydrose des pieds et bromhydrose axillaire. Tournant mon

Digitized by Google

interrogatoire de ce côté, j'appris que la famille avait déjà remarqué cette désagréable infirmité chez la nourrice et qu'on lui faisait prendre des bains assez fréquents sans arriver à obtenir autre chose qu'une atténuation passagère des émanations sudorales. Je considérai dès lors comme assez vraisemblable que la respiration d'une odeur aussi écœurante pouvait bien provoquer chez le nourrisson, quand il demeurait sur les genoux de sa nourrice pendant la période de sa digestion gastrique, un état nauséeux aboutissant à l'indigestion.

La thérapeutique dans cette hypothèse était nettement indiquée. Je devais traiter la bromhydrose de la nourrice. Le traitement consista à lui faire prendre matin et soir un bain de pieds de quelques minutes avec de l'eau naphtolée, suivi d'une lotion des espaces interdigitaux avec une solution alcoolique de naphtol ; des lotions naphtolées étaient pratiquées aussi dans les creux axillaires, puis toutes les régions qui étaient le siège de la bromhydrose étaient saupoudrées de salicylate de bismuth. Le résultat obtenu dépassa mes espérances.

Au bout de quelques jours toute odeur avait disparu et l'enfant ne vomissait plus même quand la nourrice le conservait sur ses genoux ou dans ses bras après lui avoir donné à téter.

Les odeurs fortes aromatiques, qui se dégagent dans certains locaux par suite de la profession des habitants, ne doivent pas non plus être négligées par le médecin hygiéniste. Mon maître M. Jules Simon a relaté, dans le premier volume de ses Conférences cliniques et thérapeutiques, le cas d'un enfant qui était incommodé par les émanations d'*essence de térébenthine.*

" J'ai observé, dit-il, chez un fabricant de porcelaine une cause de dyspepsie des nouveau-nés que je pourrais placer dans la classe des empoisonnements. C'était l'essence de térébenthine. La demeure des parents était remplie de cette odeur pénétrante, qui s'exhalait des ateliers de peinture situés en sous-sol, et tous les enfants, au nombre de trois, étaient dans le plus pitoyable état.

Le baby, âgé de deux mois environ, dormait mal, criait comme un damné et avait les selles indigérées. Je fis cesser cet état de choses sans changer de nourriture. On transporta l'enfant dans une autre habitation, et l'énervement disparut et les digestions de l'enfant se rétablirent graduellement.

Ce fait me revint en mémoire, il n'y a pas longtemps dans un cas de *céphalée* tenace chez une petite fille de quatre ans que sa mère, peintre sur porcelaine, conservait une bonne partie du jour à côté d'elle dans une atmosphère saturée d'essence de térébenthine. La mère, accoutumée depuis de longues années à cette odeur qu'elle trouve d'ailleurs plutôt agréable, et le père, qui n'entre que quelques instants chaque jour dans la pièce où travaille sa femme, n'avaient pas soupçonné que l'enfant pût s'en trouver incommodée. De deux médecins consultés, le premier avait cru pouvoir

Digitized by Google

prononcer le mot de prodromes de méningite et avait jeté, on le comprend, une alarme extrême dans l'âme des parents,—l'autre réfléchissant que la céphalée durait déjà depuis longtemps sans que la méningite fût apparue, mais ayant égard à l'hérédité nerveuse maternelle et à la précocité intellectuelle de la petite fille avait parlé de céphalée hystérique. Je sais bien que l'on peut voir des symptômes d'hystérie même chez de toutes petites filles, mais dans l'espèce je me crus autorisé à penser que la cause des maux de tête tenait à la susceptibilité du système nerveux de l'enfant pour les effluves térébenthinés et conseillai de lui faire passer quelques semaines chez sa grand'mère. Quand l'enfant eut changé d'habitation, ses maux de tête disparurent comme par enchantement.—Dr. Le Gendre in *Concours médical.*

DERMATOLOGIE.

Etude sur le purpura, par Duplaix.—L'auteur publie, dans la *Gazette des hôpitaux*, une étude intéressante au point de vue nosologique sur les différentes espèces de purpura. Nous résumons brièvement ce travail.

Le purpura peut se présenter sous forme de petites taches de couleur sombre, ne disparaissant pas sous le doigt ; ce sont les *pétéchies.* Elles varient d'une tête d'épingle à un diamètre d'une pièce de 20 c. ; elles ne font pas de saillie à la peau.

Quand les taches sont plus étendues, irrégulières, à bords sinueux, on les nomme ecchymoses. Quelquefois il se fait à leur niveau des phlyctènes, d'un liquide hématique.

On rencontre des altérations du sang, caractérisées par la diminution et la déformation des hématies, l'augmentation des globules blancs, des variations inconstantes de la fibrine, enfin il existe dans le sang des éléments anormaux, éléments embryonnaires et bacteries. Du côté de la paroi des vaisseaux, inflammations des artérioles, thromboses et embolies (Hayem) et distension énorme des capillaires du derme dans le voisinage des taches purpuriques (Cornil).

Le foie et la rate sont congestionnés, et présentent souvent des infarctus, ainsi que les reins.

Martin de Guinard (1888), après Klebs, Balzer, Ceci et Hlava, a reconnu au centre des épanchements sanguins des amas de microbes, qu'il a pu cultiver, et inoculer avec succès à des lapins.

Néanmoins ces faits ne sont pas assez nombreux pour faire considérer le purpura comme une affection univoque et cliniquement parlant, c'est un pur *symptôme,* qui appartient à plusieurs espèces morbides différentes.

Digitized by Google

1° *Purpura rhumatoïde exanthématique.*—L'éruption s'accompagne d'une fièvre modérée ; elle occupe surtout les membres inférieurs, le bas des jambes, les malléoles, les genoux, la face interne des cuisses ; elle est souvent symétrique ; quand elle gagne les membres supérieurs on la voit au niveau des poignets et des coudes. — Simples pétéchies, quelquefois papules ortiées ; parfois œdème rosé du membre inférieur, et épanchements peu abondants dans les articulations ; enfin on peut voir apparaître les nodosités rhumatismales.

La peau n'est pas le siège unique des hémorrhagies ; il peut y avoir stomatorrhagies, enterorrhagies hématuries ; du côté de l'appareil digestif, troubles caractérisés par des vomissements, du ballonnement du ventre.

Cette forme se caractérise donc par trois ordres de symptômes : 1° pétéchies ; 2° arthropathies et œdème ; 3° troubles gastro-intestinaux.

L'auteur n'insiste pas sur les causes occasionnelles ; nous l'avons vu survenir après un bain de mer, mal pris et prolongé, chez une enfant de douze ans, rhumatisante.

2° *Purpura infectieux.*—Ce symptôme se rencontre alors dans deux circonstances différentes. Ou bien il existe à titre d'épiphénomène dans le cours de maladies confirmées : typhus, peste, fièvre jaune, scarlatine, variole et méningite cérébro-spinale, etc. Ou bien il constitue ce que l'on appelle le *purpura infectieux primitif.*

Son allure clinique est bien différente du purpura rhumatoïde. —Il peut affecter une *forme suraiguë* et tuer en quelques jours et même en quelques heures.

Le plus souvent il prend la *forme typhoïde.* Abattement, prostration, fièvre intense, délire nocturne ; diarrhée, langue sèche et fuligineuse ; la rate est grosse ; il y a souvent de l'albuminurie.

Les hémorrhagies à la peau et par les muqueuses sont très abondantes. Cette forme est ordinairement mortelle.

Enfin le purpura infectieux peut revêtir une *forme pseudo-rhumatismale.* Mais l'état général, les anamnestiques, la marche de la fièvre, viennent séparer les deux espèces morbides.

Comme complication des vastes épanchements sanguins, se présente très souvent la gangrène.

3° *Maladie de Werlhof.*—(Morbus maculosus).

Pas de fièvre, pas de malaise prodromique ; l'affection débute par une hémorrhagie ordinairement légère ; épistaxis ou stomatorrhagie. Les pétéchies apparaissent ensuite plus ou moins nombreuses et envahissent les jambes, les cuisses, le tronc, les membres supérieurs ; la face reste indemne.

Puis survient souvent des hémoptysies ; l'amélioration se fait rapidement et la guérison a lieu du huitième au quinzième jour.

Néanmoins la maladie de Werlhof peut devenir mortelle rapi-

Digitized by Google

dement, soit par l'abondance extrême des hémorrhagies, soit par les localisations de l'épanchement sanguin (hémorrhagie cérébrale, par exemple).

5° *Purpura neuropathique.*—On a rencontré dans le cours de la sciatique, du tabès, des myélites transverses de la méningite cérébro-spinale, des hémorrhagies cutanées, qui sont évidemment sous la dépendance du système nerveux ; mais alors l'éruption n'est pas généralisée, elle est irrégulière, apyrétique et ne présente pas la marche clinique de la maladie de Werlhof.

5° *Purpura cachectique.*—Cette affection s'observe dans le cours des maladies lentes et progressives : cancer, tuberculose, lymphadénie, affection du foie, des reins, des intoxications lentes.

Les pétéchies sont alors disséminées, occupent surtout les membres inférieurs et se disposent au pourtour des follicules pileux (peau ansérine).

6° *Purpura toxique.*—Après l'injection de certains médicaments, mercure, belladone, ergot-de-seigle, copahu, préparation iodique, il peut apparaître des éruptions purpuriques, sans gravité d'ailleurs.

7° *Purpura mécanique.*—A la face, dans le cours d'une coqueluche violente, dans l'attaque d'épilepsie, chez les variqueux, dans les cardiopathies mal compensées, on peut observer un purpura véritablement mécanique. Il tient alors à des ruptures capillaires, sous l'influence d'une tension exagérée dans l'arbre veineux. —*Journal des sciences médicales de Lille.*

Traitement de l'ecthyma, par A. Renault.—Aujourd'hui, le traitement de l'ecthyma est dominé par la notion récemment acquise de l'inoculabilité de la pustule aux régions voisines. Jadis, la durée de cette affection était démesurément longue en dépit des topiques les plus divers. Actuellement, elle disparaît en quelques jours, grâce à l'isolement de chaque pustule.

Voici comment il faut procéder :

Médication externe.—Appliquer des cataplasmes émollients, jusqu'à ce que les croûtes qui recouvrent les pustules soient tombées. Après la chute des croûtes, recouvrir chacun des ulcères sous-jacents d'une petite rondelle d'emplâtre de Vigo que l'on ne doit changer que tous les trois jours, à moins que la suppuration ne la décolle plus tôt. Le bourgeonnement et la cicatrisation s'effectuent très vite sous cet opercule.

Régime et médication interne.—Prescrire au malade un régime analeptique, composé de viande saignante, de légumes verts et de vins généreux. Il sera utile d'y joindre, dans la plupart des cas, des préparations de fer ou de quinquina. Car il ne faut pas oublier que les individus atteints d'ecthyma sont souvent des cachectiques et tout au moins des débilités.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Antithermique.—*Love.*

R.—Antifébrine ..... 2 scrupules
Alcool ..... 2 drachmes
Glycérine ..... 1 "
Eau de cannelle ..... 1 once
Sirop simple ..... 3 drachmes

M.—*Dose* : Une ou deux cuillerées à thé toutes les 2 ou 4 heures.—*Physician and Surgeon.*

Rhumatisme articulaire aigu.—*Da Costa.*

P.—Nitrate de potasse ..... 1 once
Sulfate de morphine ..... 2 grains
Eau distillée ..... 1 livre

M.—En compresses sur les articulations.—*College and Clinical Record.*

Sciatique.—*Da Costa.*

P.—Teinture de colchique ..... 15 gouttes
Iodure de potassium ..... 10 grains
Teinture de gingembre ..... 10 gouttes
Sirop.—Eau ãã p. é. pour ..... 2 drachmes

M.—*Dose :* A prendre dans de l'eau trois fois par jour entre les repas. En outre on applique sur le trajet du nerf une lisière de vésicatoire.

Vomissements.

P.—Créosote ..... 20 gouttes
Acide acétique ..... 11 "
Sulfate de morphine ..... 2 grains
Eau ..... 2 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures.—*Physician and Surgeon.*

Calculs biliaires.—*Bartholow.*

P.—Phosphate de soude .....
Sulfate de soude ..... ãã ½ drachme

A prendre trois fois par jour dans de l'eau chaude. En sus 1/20 grain d'arséniate de soude trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Coqueluche.—*Estape.*

P.—Résorcine pure ..... 2 grammes
Alcool éthylique ..... 5 "
Glycérine pure ..... 15 "

M.—Appliquer sur le pharynx et le larynx avec un pinceau toutes les 3 heures.

Digitized by Google

Rhinite aiguë. – *Sajous.*

P.—Cocaïne ..... 1/16 grain
Acétate de morphine..... ⅛ "
Talc pulvérisé..... 2 grains
Bismuth..... 4 "

M.—A priser toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Rhinite catarrhale chronique.—*Cozzolino.*

1o P.—Alun pulvérisé .....
Borax.....ãã 30 grains.
Menthol..... 3 "
Tannate de zinc.....
" de bismuth.....ãã 45 "
Lycopode ..... 2 drachmes

M.—A priser.

2o P.—Salicylate de zinc .....
Tannate de bismuth..... ãã 1 drachme
Borax ..... 30 grains
Salol..... 23 "
Tale pulvérisé ..... 2 drachmes

M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

Toux opiniatre.—*Deck.*

P.—Muriate de cocaïne ..... 2 grains
Sulfate de morphine ..... 1½ "
Extrait liquide de réglisse.....
Glycérine .....ãã 20 minimes
Eau q. s. pour..... 4 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.—*Therapeutic Gazette.*

Toux brightique. – *Waugh.*

P.—Chloroforme..... ½ drachme
Acide benzoïque ..... ½ "
Acétate de potasse..... 1 once
Eau q. s. pour..... 6 "

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.—*Pacific Record.*

Papier antiseptique.

On imprègne du papier à filtrer à l'aide de la solution suivante :

Eau distillée, bouillie et refroidie.....1000 grammes
Sublimé corrosif..... 20 "
Glycérine pure..... 50 "

On fait ensuite sécher ce papier, qui peut être conservé indéfiniment dans le portefeuille. On l'applique sur les blessures et l'on fixe au moyen d'une bande.—*Journal de médecine de Bruxelles.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, AOUT 1889

BULLETIN.

Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

ASSEMBLÉE TRIENNALE

L'assemblée triennale du Collége a eu lieu le 10 juillet, dans la salle des promotions de l'Université-Laval, à Québec. Le président, M. le Dr Hingston, prend le fauteuil à 10 heures, ayant à ses côtés l'hon. Dr J. J. Ross, vice-président pour Québec, et J. L. Leprohon, vice-président pour Montréal, les Drs A. G. Belleau et F. W. Campbell, secrétaires, E. P. Lachapelle, trésorier, et Léonidas Larue, régistraire.

Sont présents les Drs Z. Giasson, L. Catellier, R. F. Rinfret, M. P. P., Arthur Potvin, C. E. Lemieux, sr., Jos. E. Bolduc, J. P. Boulet, V. S. Lefrançois, C. E. Lemieux, jr., Chas. A. Vergé L. J. A. Simard, Arthur Robitaille, M. J. Ahern, J. A. Morin, Wm. Verge, Chas. Gingras, C. S. Parke, Arthur Watters, F. R. Rinfret, E. A. de St Georges, M. P., A. Marois, J. P. Lavoie, de Québec; J. P. Rottot, L. A. Demers, L. E. Desjardins, Geo. Ross, T. A. Rodger, J. M. Beausoleil, A. Dagenais, F. C. T. Lamoureux, R. Craik, Alexandre Germain, de Montréal; E. Roy, St. Ephrem de Tring; Chas. Clément, Baie St. Paul; P. E. Lemieux et P. M. Guay, M. P., St. Romuald; J. M. McKay, Ste. Foye; J. B. Gibson, Cowansville; Jos. Lippé, St. Ambroise de Kildare; G. A. Bourgeois, Trois-Rivières; Frs. Langlais, Trois-Pistoles; J. H. L. St. Germain et Gaspard Turcot, St. Hyacinthe; F. J. Austin, Sherbrooke; Thos. Larue, Compton; hon. H. A. Pâquet, St. Cuthbert; H. A. Mignault, St. Hyacinthe; E. P. Chevrefils, Somerset.

Les minutes de la dernière assemblée semestrielle tenue à Montréal le 8 mai 1889, de l'assemblée triennale tenue à Montréal le 14 juillet 1886, et de celle du Bureau provincial de médecine tenue le même jour au même endroit, sont lues et adoptées.

Digitized by Google

Le Dr Lachapelle, trésorier, soumet l'état financier du Collége du 1er juillet 1886 au 1er juillet 1889, comme suit :

RECETTES.

Balance en main, le 1er juillet 1886	$2,897.23
Contributions et enrégistrements	4,541.50
Examens préliminaires	4,075.00
Honoraires des Licences	3,950.00
Examens des Sages-femmes	60.00
Dividendes, Banque de Montréal	320.00
Intérêt sur dépôts	168.30
Restitution par *Medical Student*	1.00
	$16,013.03

DÉPENSES.

Assesseurs	$2,194.28
Examinateurs	1,733.00
Gouverneurs	1,593.00
Remises	640.00
Annonces	849.11
Impressions	426.97
Commission sur contributions	421.25
C. E. de Lamirande, *Bonus*	410.00
" " frais de voyages	200.00
Dr. Larue, honoraires	1,050.00
Dr. Belleau, "	300.00
Dr. Campbell, "	300.00
Dr. Lachapelle, "	300.00
Police de garantie du Trésorier	60.00
" " de l'agent du Collège	37.50
S. Pagnuelo, préparation du Bill médical	200.00
Auditeurs	100.00
Dr. Watier, traduction du Bill médical	67.25
Papeterie	120.32
Estampilles	107.55
Portiers	64.45
Frais de voyages pour Bill médical, etc	85.25
Frais judiciaires	47.94
Cochers et express	20.95
Escompte sur chèques	5.56
Télégrammes, cartes postales	3.50
Boîtes de Scrutin	2.51
Balance en main au 1er juillet 1889	4,672.64
	$16,013.03

E. P. LACHAPELLE, M. D.,
Trésorier du Collège des Méd. et Chir. de la P. Q.

N. B.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens possède en outre 5 parts de la Banque de Montréal valant au pair $1,000.00.

Nous, soussignés, auditeurs, dûment autorisés par le Président du Collège des Médecins et Chirurgiens, de la Province de Québec, certifions avoir examiné en détail tous les livres de comptes et reçus entre les mains du Régistrateur, des deux Secrétaires et du Trésorier, et avoir trouvé le tout conforme à l'état financier ci-dessus que nous certifions correct.

DAVID SMITH,
L. ARCHAMBAULT, } *Auditeurs.*

Montréal, 6 juillet 1889.

Digitized by Google

Sur motion du Dr Campbell, secondé par l'hon. Dr Pâquet, ce rapport est adopté.

Sur motion du Dr Campbell secondé par le Dr Craik, des remerciments sont votés au Dr Lachapelle pour la manière habile dont il a rempli les fonctions de trésorier pendant les neuf dernières années.

Avant de procéder à l'élection des quarante nouveaux Gouverneurs du Collége pour les trois années prochaines, les scrutateurs suivants sont nommés : Drs C. E. Lemieux sr, L. Larue, Chevrefils, Gibson, Pâquet, Mignault, Rodger et Beausoleil.

La votation a lieu jusqu'à midi, et il y a suspension des procédures jusqu'à deux heures. A midi, les scrutateurs procèdent au dépouillement du scrutin, et à 3.10 heures ils présentent leur rapport, qui donne le résultat de l'élection comme suit :

Cité de Québec.—R. F. Rinfret,, 205 voix ; L. Larue, 205 ; C. S. Parke, 206 ; A. G. Belleau, 206 ; A. A. Watters, 204 ; E. A. de St-Georges, 156.

District de Québec.—M. P. Guay, 206 ; Côme Rinfret, 200 ; R. Fiset, 203 ; L. H. Labrecque, 200 ; L. T. E. Rousseau, 204 ; P. E. Grandbois, 197 ; A. Morisset, 197.

District de Trois-Rivières.—Hon. J. J. Ross, 205 ; E. C. P. Chevrefils. 200 ; F. Trudel, 1[illegible]9.

Cité de Montréal.—T. A. Rodger, 206 , J. M. Beausoleil, 148.

District de Montréal.—Hon. A. H. Pâquet, 156 ; Philémon Laberge, 156 ; J. O. Mousseau, 144 ; J. H. L. St-Germain, 143 ; J. Lippé, 141 ; H. A. Mignault, 130 ; hon. Dr Marsil, 121 ; Jules Prévost, 82 ; J. B. Gibson, 61.

District de St-François.—Drs F. J. Austin, F. Paré et Thomas Larue.

Bureau Provincial de Médecine.

Le nouveau Bureau se réunit de suite. Etaient présents : Les nouveaux gouverneurs : R. F. Rinfret, L. Larue Parke, Belleau, Watters, St-Georges Guay, J. J. Ross, Chevrefils, Rodger, Beausoleil, Pâquet. St-Germain, Lippé, Mignault et Gibson.

Le président. le Dr Hingston, a présenté son rapport qui a été adopté à l'unanimité.

Les représentants des universités ont ensuite été nommés comme suit :

Université McGill.—Drs. Craig et Geo. Ross.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.—Drs Hingston et Desjardins.

Université Laval, Québec.—Drs Lemieux et Simard.

Collége Bishop.—Drs Campbell et Perrigo.

Université Laval, Montréal.—Drs Rottot et Dagenais.

On procède alors à l'élection des officiers, les Drs Dagenais et Geo. Ross étant nommés scrutateurs.

Digitized by Google

Président.—Hon. Dr. J. J. Ross.
Vice-présidents.—Drs R. F. Rinfret et Gibson.
Trésorier.—Dr Dagenais.
Secrétaires.—Drs Campbell et Belleau.
Régistraire.—Dr. L. Larue.

On procède ensuite à l'élection des examinateurs pour l'examen préliminaire.

Le Dr Dagenais, secondé par le Dr Parke, propose que les professeurs Verreau, Laflamme, Howe et Petry, soient nommés.

Il est proposé en amendement par le Dr Chevrefils, secondé par le Dr Desjardins, que MM. les abbés Baril et Ouellette soient nommés à la place de MM. Verreau et Laflamme.

Le scrutin donne le résultat suivant: Verreau, 16 voix; Laflamme, 16; Baril, 9; Ouellette, 11; Howe, 26; Petry, 26.

Les assesseurs suivants sont ensuite nommés:
Laval, Québec—Drs Sewell et Garneau.
McGill—Drs Austin et P. E. Mignault.
Laval, Montréal—Drs Marsil et Gibson.
Victoria—Drs Angus Macdonnell et O Raymond.
Bishop—H. A. Mignault et Rodger.

Les Drs F. C. T. Lamoureux, F. Murray et O. Raymond et M. Louis Archambault, de Montréal; les Drs J. E. Bolduc, de Québec, et J. Emile Fortier, de Lyster, font application pour la place d'agent collecteur du Collége en remplacement de M. C. E. Lamirande, qui a donné sa démission.

Il est proposé par le Dr Dagenais, secondé par le Dr Simard, que le Dr Lamoureux soit nommé.

Proposé en amendement par les Drs de St-Georges et L. Larue, que le Dr Bolduc soit nommé.

Proposé en sous-amendement par les Drs Campbell et Parke, que ces applications soient référées à un comité composé des Drs Hingston, Dagenais, Geo Ross, Marsil et Campbell.—Adopté par 19 contre 4.

Des remercîments sont ensuite votés au Dr Hingston, président, et aux autres officiers sortant de charge, et à l'Université Laval, pour l'usage de ses salles.

Le Dr Hingston est chargé de continuer les démarches commencées pour en venir à établir la réciprocité d'enregistrement médical entre l'Angleterre et la province de Québec.

La séance est levée à 4.30 heures et ajournée au mercredi, 25 septembre prochain.—*Officiel.*

Il est facile de voir que la réunion triennale a été fort paisible. Le Collège n'a été appelé à se prononcer sur aucune question se rapportant aux intérêts généraux de la profession. L'élection a eu lieu et c'est tout. Tous les amendements, réformes, etc., à introduire dans notre législation médicale sont laissés au nouveau

Digitized by Google

Bureau qui, sans doute, s'en occupera au premier moment et à la satisfaction générale. Qu'on n'oublie pas que la tâche est rude et qu'il y faut mettre de l'entente et de la bonne volonté.

***

C'est avec un très sincère et très vif regret que nous enrégistrons la départ de M. le docteur E. P. Lachapelle du Bureau provincial de médecine. M. le docteur Lachapelle ayant informé ses collègues de la Faculté de médecine (Université Laval, Montréal) de sa détermination bien arrêtée de ne plus faire partie du Bureau, ceux-ci ont dû le remplacer par un autre. Nous croyons exprimer ici le sentiment général de la profession en regrettant la détermination prise par M. le docteur Lachapelle, et en le remerciant pour tout ce qu'il a fait pour le Collége et pour le bien-être de la profession en général. M. Lachapelle a rendu au Collége des services que celui-ci ne doit pas oublier ; nous signalerons les faits suivants. Quand il fut nommé trésorier en 1878, la caisse du Collége était absolument vide. On ne tenait pas de livres et il n'y avait pas l'ombre de quittances pour les sommes payées ; au fait il devenait impossible de se rendre compte de l'argent reçu depuis l'incorporation du Collége, non plus que de la source de ses revenus et du but de leur emploi. En remettant la trésorerie à son successeur, M. le Dr Lachapelle laisse en caisse $4,672.14, des livres de comptes régulièrement audités et des reçus pour toutes sommes payées.

C'est M. le Dr Lachapelle qui en 1876, a pris l'initiative de la nouvelle loi médicale donnant à chaque médecin licencié le droit d'être membre du Collége et rendant oubligatoire un examen devant un Bureau spécial pour l'admission à l'étude, et depuis, en 1879 et en 1882, il a pris une part active à la refonte de cette loi pour la rendre plus efficace.

A la suite des résolutions adoptées aux assemblées triennales de 1883 et 1886, M. le Dr. Lachapelle a pris l'initiative d'un nouveau projet de loi donnant à chaque district le droit d'élire ses représentant au Bureau, établissant un Bureau central d'examen pour l'admission à la pratique, donnant les pouvoirs nécessaires au Bureau pour faire respecter l'honneur de la profession par ses membres et pour sévir avec succès contre les charlatans. C'était là, aussi, on s'en rappelle, le programme de l'UNION MÉDICALE. Ce projet de loi, après avoir été préparé et adopté à *l'unanimité* par un comité composé de représentants des universités et de la profession et avoir été adopté à une assemblée régulière du Bureau, fut attaqué et combattu par ceux-là même qui l'avaient préparé et adopté, c'est-à-dire par les représentants des universités, et, grâce à l'indifférence des autres membres du Bureau et de la profession, il fut renvoyé par le comité de la Législature, sens avoir été soumis à discussion, clause par clause, comme cela aur it dû se faire, et

Digitized by Google

la profession fut laissée sans réformes. Si ce dernier acte de M. le Dr. Lachapelle comme membre du Bureau, n'a pas été couronné de succès, il pourra sans nul doute s'en consoler en songeant qu'il avait travaillé pour le bien de la profession et que c'est la profession elle-même qui a refusé l'aide qu'on lui offrait et les avantages qu'on voulait lui procurer. Nous souhaitons au nouveau Bureau que chacun de ses membres déploie toujours, dans la défense des intérets de la profession et du Collége, tout le zèle et tout le désintéressement dont a fait preuve M. le Dr. Lachapelle pendant toute la durée de son mandat.

***

M. Lamirande n'a pas encore de successeur, et les charlatans pourront s'en donner durant l'*interim*. Quelqu'un a suggéré de nommer un agent par district, cet agent, devant s'occuper uniquement des affaires de son district, serait naturellement plus en mesure de veiller de près à nos intérêts. Nous n'y avons pas d'objection. Peu importe le mode choisi, pourvu qu'il soit efficace et que nous soyons protégés.

Questions de déontologie.

Si le nouveau Bureau des Gouverneurs, tout en s'occupant d'aller en guerre contre les charlatans, de légiférer sur l'admission à l'étude et la pratique de la médecine etc., voulait bien, en passant, s'occuper un peu de notre pauvre code de déontologie, il ferait à coup sûr une œuvre qui ne serait pas sans mérite. Il est des médecins qui oublient trop, malheureusement, les devoirs qui les lient à la profession, au public, à leurs confrères, à leurs malades et auxquels il est bon de rappeler, de temps à autre, qu'on se doit certains égards entre praticiens, et que la profession médicale n'est pas une corporation où la concurrence puisse s'assimiler à celle qui divise entre eux les épiciers ou les marchands de nouveautés.

Le 25 septembre 1878, le *Bureau Provincial de Médecine* adoptait un *Code d'Etique* (?) *médicale* au cours duquel nous lisons :

" Il est dérogatoire à la dignité de la profession de se servir des " annonces publiques, des cartes privées ou affichés, pour appeler " l'attention des personnes affectées de certaines maladies, offrant " publiquement des conseils et des remèdes gratis aux pauvres ou " promettant une guérison radicale ; ou de publier des cas et " opérations dans les journaux ou de souffrir que l'on fasse de " telles publications ; d'inviter les laïques à être présents aux " opérations ; de vanter ses guérisons et ses remèdes ; de produire " des certificats d'habileté et de succès ou de faire aucun autre " acte semblable.

Digitized by Google

" Il est également contraire à la dignité professionnelle ..... " d'administrer un *nostrum* ou remède secret..... Les médecins " ne doivent pas non plus donner des certificats attestant l'efficacité d'une invention ou de médecines secrètes, et ils doivent " s'opposer de toutes manières à leur usage."

S'il existait une pénalité quelconque contre tous ceux qui violent plus ou moins ouvertement les clauses précitées, le nombre des condamnés ne serait pas petit. En effet, serait reconnu coupable celui qui fait distribuer de porte en porte de petites circulaires où il est dit que M. le docteur X. X. Z., se servant d'un nouveau (*sic*) procédé pour faire les accouchements, procédé grâce auquel les douleurs de l'enfantement disparaissent complètement, engage ses patients à l'avertir trois semaines ou un mois à l'avance afin qu'il les prépare mieux à cet accouchement sans douleur; coupable aussi celui qui offre des consultations gratuites pour les pauvres, tous les lundis et vendredis; coupable également celui qui, dans un document judiciaire devenu public, déclare avoir perfectionné à tel degré l'art des accouchements, qu'il a acquis, au moyen des procédés ainsi découverts, une grande réputation, que la méthode susdite est ignorée de la plupart des praticiens, fait l'objet d'observations et de commentaires, et a pu et a dû créer un certain sentiment d'inquiétude et de jalousie parmi ceux des médecins qui voient prospérer la clientèle de l'inventeur en question; coupable aussi celui qui laisse complaisamment les journaux politiques de sa localité se faire l'écho et le porte voix de ses succès au moyen d'entrefilets ainsi conçus: " Madame Z. étant, hier, à balayer le seuil de sa porte, a fait un faux pas, est tombée et s'est fracturé la jambe droite. M. le docteur Y. appelé en toute hâte a prodigué ses soins les plus empressés à Mme Z. qui va déjà beaucoup mieux " " —Monsieur V. de St. N. est récemment venu à la ville pour se faire opérer d'un lipôme dangereux dont il souffrait depuis un an. L'opération, faite par le docteur Y. a parfaitement réussi "; coupable celui qui, appelé auprès d'un malade dont le médecin ordinaire vient d'être congédié, se permet sur le compte de celui-ci les remarques suivantes: " Quoi! c'est *un tel* qui vous traitait? Il est bon médecin sans doute, mais encore un peu jeune! trop jeune! Voyez-vous, monsieur, il faut avoir comme moi passé en Europe cinq ou six ans (!) au milieu des célébrités médicales, pours avoir ce que c'est que les malades. Si vous m'aviez fait appeler plus tôt, vous seriez déjà sur pied; coupable enfin, celui qui fait insérer dans les journaux politiques la carte suivante: *Aux malades.*— " Le docteur A. s'occupe spécialement des maladies chroniques " et traite avec le plus grand succès les tumeurs de toute nature, " les maladies de la figure [!] du nez, de la bouche, du gosier, " du sein et de la matrice, en peu de temps et sans opération " etc, etc."

Nous n'en finirions pas si nous voulions nous donner la peine de

Digitized by Google

relever les détails d'une semblable statistique. Les faits abondent, et il en est qui ne sont pas jolis. En France ou en Angleterre, un médecin qui prendrait de semblables libertés serait immédiatement mis au ban de l'opinion et perdrait du coup toute l'estime que lui portaient ses confrères. Ici c'est à qui en ferait plus pour attirer l'attention du public et les faveurs—toujours très faciles—de la clientèle. Un médecin haut placé avec qui nous causions de ces choses, nous disait l'autre jour : "*C'en est écœurant !*" Le mot est gros, si l'on veut, et celui qui l'a laissé tomber n'a pas l'habitude d'exprimer sa pensée aussi énergiquement... Mais l'expression rend bien le sentiment d'intime répulsion éprouvée par la très grande majorité de la profession en face de semblables écarts.

Un élixir de longue vie.

M. le professur Brown-Séquard vient de communiquer à la *Société de Biologie* quelques notes des plus curieuses au sujet des propriétés toniques du...*liquide testiculaire.* Oui, c'est bien cela ! Le testicule serait, d'après l'illustre professeur du Collége de France, le laboratoire où se sécréterait le fluide vital par excellence : le sperme, et en injectant, chez l'homme comme chez les animaux, un liquide obtenu par le mélange d'eau et de sang recuilli dans les veines spermatiques et de glandes testiculaires broyées, il a obtenu une augmentation considérable des forces. Ayant opéré sur lui-même, M. Brown-Séquard se sent rajeuni ! La puissance musculaire qui s'était affaiblie chez lui depuis une dizaine d'années a notablement augmenté depuis le début du traitement, l'intestin paresseux a recouvré plus de force et l'expulsion des matières se fait aujourd'hui sans effort, le jet urinaire a acquis plus d'intensité, le travail intellectuel est devenu plus facile. En resumé l'organisme tout entier a reçu une vitalité nouvelle !

Il s'agit maintenant de reprendre à nouveau les expériences de M. Brown-Séquard afin de les infirmer ou confirmer, suivant le cas. Si l'on en croit ce qui précède, le liquide testiculaire détrônerait vite l'huile de foie de morue, les ferrugineux et autres toniques reconstituants, et les testicules des animaux châtrés pourraient être utilisés dans ce but. Il y a là, pour les pharmaciens entreprenants, toute une belle occasion de faire fortune en nous bâtissant quelque élixir de longue vie auquel on pourrait donner le nom de *Extractum testiculi liquidum* (non-officinal) ou *Liqueur de jeunesse !*

Tout de même, badinage à part, la *Société de Biologie* est saisie de la question, et des expériences sont à se faire. M. Brown-Séquard est tellement pénétré de la valeur tonifiante du liquide testiculaire qu'il a été jusqu'à recommander à deux malades la

Digitized by Google

masturbation, mais la masturbation incomplète, non poussée jusqu'à l'éjaculation, afin de provoquer une sécrétion plus abondante de sperme, lequel, n'étant pas éjaculé au dehors, se réabsorbe et agit à la manière d'un *auto tonifiant*. Le résultat a pu être satisfaisant, mais le moyen nous semble diablement scabreux !

***

On parle avec éloges, en ce moment, du traitement de la teigne tonsurante (*tinea tonsurans*) par la créosote, d'après le procédé suivant : Tous les cheveux sont coupés ras, les points malades spécialement, aux ciseaux courbes, après un lavage avec une macération de baies de saponaire (un lavage à l'aide du savon phéniqué fera tout aussi bien). La tête bien séchée reçoit une friction générale avec une pommade de :

Lanoline... 30 parties
Eau..... 20 "
Créosote... 10 "

Les points malades sont ensuite touchés avec de la créosote pure, à l'aide d'un bouchon chargé fréquemment en retournant la fiole, ou d'un tampon d'ouate.

M. le docteur TRAHUT, d'Alger, qui recommande la méthode, a obtenu, dans un cas, une guérison définitive en huit jours, après deux applications seulement. Il va sans dire qu'ici la créosote agit comme antiseptique et possède le grand avantage de ne pas exposer à l'empoisonnement par absorption cutanée comme on peut le craindre avec l'acide phénique et les préparations mercurielles.

***

Partant de ce principe que le *viburnum prunifolium* est pour ainsi dire le sédatif par excellence de l'utérus, M. le docteur R. L. HINTON (*Therapeutic Gazette*) en recommande l'emploi dans tous les cas où la femme approchant l'époque où elle doit accoucher, des douleurs se déclarent prématurément. Chaque fois que l'auteur l'a employé, le *viburnum* a produit une sédation rapide et efficace de la douleur ; jamais il n'a observé d'hémorrhagie consécutive. L'auteur se sert d'une teinture concentrée de la racine à dose d'une cuillerée à thé. Dans des cas analogues, le chloral et l'antipyrine nous ont tour à tour donné de bons résultats.

M. Sylva Clapin offre en vente le **Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales**, de DECHAMBRE, pour la somme relativement modique de trois cents dollars, payables en trente mois, soit dix dollars par mois, l'ouvrage entier étant livré immédiatement. Le dictionnaire de Dechambre comprend cent volumes in-8o et se vend actuellement, à Paris, $240.00. Nous recommandons cette *occasion unique* à l'attention sérieuse de tous nos lecteurs.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HIRST.—**A System of Obstetrics by American Authors,** edited by Barton Cooke Hirst, M.D., Volume II, illustrated with 221 engravings on wood. Philadelphia, Lea Brothers & Co 1889. Octavo-royal de 854 pages. Les sujets traités dans ce volume sont les suivants :

1o. Maladies et accidents du travail, par Théoph. Parvin, M.D., L. L. D.

2o. Le forceps. Embryotomie, par Edw. P. Davis, A.M., M.D.

3o. L'accouchement provoqué, par James C. Cameron, M.D.

4o. La version, par James C. Cameron, M.D.

5o. L'opération césarienne, la symphysiotomie, la laparo élytrotomie et la laparo-cystectomie, par Rob P. Harris, A.M., M.D.

6o. L'infection puerpérale, par Henry J. Garrigues, A. M., M. D.

7o. L'inflammation du sein et les maladies analogues en rapport avec l'enfantement, par Henry J. Garrigues, A. M., M. D.

8o. L'Étiologie de la fièvre puerpérale, par Harold, C. Ernest, M. D.

9o. Sur quelques complications de l'état puerpéral indépendantes de l'infection septique, par Barton Cooke Hirst, M. D.

10o. De la folie et des maladies du système nerveux chez la femme enceinte, par James Hendric Lloyd, A. M., M. D.

11o. Des soins à donner au nouveau né et de ses maladies, par J. Lewis Smith, M. D.

12o. Des maladies chirurgicales de la première et de la seconde enfance, par Stephen Smith, A. M., M. D.

13o. Anomalies congénitales de l'œil, par G. E. De Schweinitz, M. D.

Ce volume complète le magnifique ouvrage encyclopédique publié par la célèbre maison Lea Brothers, de Philadelphie : " American System of Obstetrics & Gynecology," en quatre forts volumes octavo royal, dont deux sont consacrés à la gynécologie et deux à l'obstétrique. Le premier volume parut à la fin de l'année 1887, le dernier au commencement de juillet de l'année courante, le tout en moins de deux ans, fournissant ainsi un état détaillé des connaissances du jour.

Le " American System of Gynecology," qui comprend près de 2,000 pages, 7 chromolithographies et 562 gravures sur bois, a été publié sur la direction du Dr Matthews D. Mann, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Buffalo, et les 33 chapitres dont il se compose sont autant de monographies écrites par

Digitized by Google

les professeurs et les gynécologistes les plus éminents des Etats-Unis. Le professeur Mann a eu pour but de donner un exposé complet de la gynécologie américaine fourni par les maîtres de l'art. En référant à nos bulletins bibliographiques d'août 1887 et de novembre 1888 on y verra le nom des maîtres qui se sont identifiés avec les progrès de la gynécologie américaine et qui sont les autorités du jour.

L'ordre suivi est à peu près le même que dans les traités classiques ; l'ouvrage débute par une " Esquisse historique de la gynécologie américaine " de la plume du professeur Jenks, de Détroit, et se termine par un chapitre sur les Déplacements de l'utérus par le Dr. Harrison, de New-York. Mais tandis que les traités classiques sont forcément concis et sobres de détails, le genre encyclopédique, dont chaque article est une monographie, œuvre d'un spécialiste, se prête aux développements les plus complets et donne un exposé complet de chaque sujet. C'est ce qui fait du " American System of Gynecology " l'ouvrage le plus complet qui existe sur le sujet.

Le " American System of Obstetrics " se compose aussi de deux volumes formant près de 1,700 pages et contenant une chromolithographie et 530 gravures sur bois. Il a été publié sous la direction du Dr. Barton Cooke Hirst, professeur conjoint d'obstétrique à l'Université de Philadelphie. Basé sur les mêmes principes que l'ouvrage précédent, les chapitres se suivent dans l'ordre naturel et chacun d'eux est l'œuvre d'un spécialiste. Notre bulletin bibliographique de juillet 1888 contient la liste des auteurs qui ont contribué au premier volume de cet ouvrage et la table des matières qui y sont traitées. Depuis l'histoire de l'obstétrique et l'ovulation jusqu'aux anomalies et aux maladies congénitales et acquises du nouveau-né, tout a trouvé place et a été traité de main de maître et avec tous les détails requis, dans ce splendide ouvrage qui constitue avec le précédent un véritable monument national.

Quant à la partie matérielle de l'ouvrage, on croirait que la maison Lea Brothers a voulu surpasser l'excellence et le fini d'exécution qui lui a valu sa réputation : typographie, reliure et papier tout est irréprochable et défie la critique la plus exigeante.

" L'American System of Obstetrics and Gynecology " est tout une bibliothèque et doit trouver place parmi les livres de tout médecin soucieux de se tenir au courant des progrès de la science.

Cyclopedia of the diseases of children, medical and surgical, the articles written especially for the work by American, British and Canadian authors.—Edited by John M. KEATING, M. D.—Vol. I, General subjects.—Fevers and miasmatic diseases. —Philadelphia, J. B. Lippincott & Co., Editors, 1889.

Dans ce siècle d'encyclopédies une encyclopédie sur les maladies des enfants avait sa place toute trouvée et l'on peut

Digitized by Google

dire que c'est une des plus utiles. Rares sont les traités spéciaux concernant les maladies des enfants, rares aussi les revues affectées à ce sujet spécial. En publiant le présent ouvrage, M. le docteur Keating a fait plus et mieux que combler une lacune. Il a rendu à la profession un service dont nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance. L'ouvrage entier comprend quatre gros volumes in-8o de 1,000 chacun, illustrés, avec autant de goût que de profusion, de gravures sur bois et de chromo-lithographies. Le prix varie de cinq à sept dollars par volume suivant la qualité de la reliure.

Le volume I, que nous avons sous les yeux porte une introduction du professeur Jacobi, une autorité en pédiatrie. Parmi les sujets généraux nous mentionnerons particulièrement les articles: *Diagnostic*, par Finlayson, de Glasgow ; *Impressions maternelles*, par Dabney ; *Des soins à donner à l'enfant après la naissance*, par Penrose ; *Diète infantile, sevrage, dentition*, etc., par Rotch Parrish Dorning, etc. ; *Puberté*, par More-Madden, de Dublin. Les noms seuls des auteurs sont un éloge de chaque chapitre. La seconde partie, traitant des fièvres et des inflammations, nous présente entre autres des articles fort bien faits par Wilson (*fièvre typhoide*); J. Lewis Smith (*fièvre cérébro-spinale* et *dipthérie*) ; Blackader, de Montréal, (*Variole*), Waxham (*Rougeole*), *Cheadle* (*Rhumatisme*) et un chapitre de Bartholon sur la *thérapeutique générale des maladies infantiles*. En tout, quarante articles des mieux élaborés, chaque article constituant une monographie complète sur chaque sujet. La clarté et la concision du style rehaussent singulièrement l'érudition du texte et contribuent à rendre plus attrayante la lecture de sujets parfois arides par eux-mêmes.

L'encyclopédie de M. le Dr. Keating, a sa place marquée d'avance dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à cette partie de la pathologie et nous engageons nos confrères à faire bon accueil à M. J. H. P. Kenyon qui est l'agent autorisé des éditeurs et avec lequel on peut communiquer directement en s'adressant au No. 19 rue Brunswick, Montréal. L'ouvrage ne se vend que par souscription. H. E. D.

OZANAM.—**La circulation et le pouls.** Histoire, Physiologie Séméiotique, Indications thérapeutiques, par Ch. Ozanam, avec 4 portraits et 493 figures intercalées dans le texte.

Librairie J. B. Baillière et fils, Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard St Germain, Paris, 1886. Octavo-royal de 1,060 pages.

L'auteur a divisé son ouvrage en cinq parties.

1*re partie.*—Histoire de la circulation du sang.

2*me partie.*—Physiologie générale.

3*me partie.*—Les instruments enregistreurs. La pulsation étudiée au sphygmographe.

4*me partie.*—Physiologie du pouls.

5*me partie.*—Séméiotique du cœur et du pouls.

Digitized by Google

Dans la 3ème partie, l'auteur décrit tous les instruments enregistreurs depuis celui de Ludwig jusqu'aux deux modèles dont il est lui-même l'inventeur. Du reste, chaque partie comporte tous les détails dont elle est susceptible. Cet ouvrage est, croyons-nous, le plus complet qui ait été écrit sur le sujet.

NUNÈS.—**De la lobéline dans la thérapeutique de l'asthme,** par le docteur SILVA NUNÈS, une brochure de 36 pages in-8, Rio. de Janeiro, 1889.

Asile d'aliénés de Québec, exercice 1887-88.—Quarante-troisième Rapport annuel sur le service de l'Asile d'aliénés de Québec, (2e édition) Lévis, 1889.

OSLER.—*On Phagocytes* by William Osler, M.D.

OSLER.—*Æquanimitas Valedictory remarks,* by Wm. Osler, M.D.

DAVIS.—*Suspension in the treatment of affections of the spinal cord,* by Alex. B. Shaw, M.D.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis le 1er août, M. le professeur Foucher exerce au No. 56 rue St-Denis, porte voisine de M. le docteur Laramée.

Nous apprenons avec regret que la publication du *Chicago Medical Journal and Examiner* vient d'être suspendue. Il y a lieu d'espérer, néanmoins, que ce n'est que momentané.

Le *Weekly Medical Review,* de St-Louis, nous arrive avec un format agrandi et une toilette neuve qui font le plus grand honneur aux éditeurs de cette excellente revue, et sont un signe non équivoque de succès.

Nécrologie.—ETRANGER: A Vienne, M. le docteur Robert ULTZMANN, professeur extraordinaire du cours des maladies des voies génito-urinaires à l'Université de Vienne.

Association médicale du Canada.—Les communications suivantes ont été inscrites à l'ordre du jour des séances :

Dr. A. JUKES, Regina : *De la fièvre endémique des Territoires du Nord-Ouest (fièvre des montagnes).*

Dr. G. A. KENNEDY, McLeod : *Du climat d'Alberta-Sud en rapport avec les avantages qu'il offre aux sujets atteints d'affections pulmonaires.*

Dr. John F. FULTON, St. Paul, Minn.: *Des inflammations traumatiques de l'œil et du traitement qui leur est propre.*

Dr. A. W. WRIGHT, Toronto : *Hématome du vagin et de la vulve.*

Dr. James ROSS, Toronto : *Un cas d'empyème traité avec succès par la pleurotomie.*

Digitized by Google

Dr. L. Duncan BULKLEY, New-York : *Du diagnostic précoce et du traitement de l'épithélioma.*

Dr. R. A. REEVE, Toronto : *Traitement de la douleur dans les affections de l'œil et de l'oreille.*

Dr. James STEWART, Montréal : *Le sulfonal.*

Dr. F. J. SHEPHERD, Montréal : *Néphro-lithotomie.*

Dr. J. W. STIRLING, Montréal : *Du vertige comme symptôme des maladies de l'œil et de l'oreille.*

Dr. E. A. PRAEGER : *Résumé de quelques cas de chirurgie.*

Dr WHITTAKER, Cincinnati : *De la Varicelle.*

VARIÉTÉS

A PROPOS D'UNE CAUSE CÉLÈBRE

Enfin cette cause est finie
La femme accouche sans douleur,
Et la Faculté réunie,
L'a déclaré sur son honneur.

Pour peu que cela continue
Le sexe fort sera jaloux ;
En effet, plus d'une ingénue
Prétend qu'accoucher est fort doux.

Dans le moment le plus critique
On cause, on rit en liberté,
Rien qui fait mal, point de colique,
Un vrai plaisir en vérité !

Quant au nom de la médecine
Qui produit ce charmant effet
Qu'est-il ? On en fait un secret,
Entre nous, c'est la cocaïne.

Laquelle sous forme d'onguent
Mis sur le col de la matrice
Calmerait merveilleusement
Toute douleur dilatatrice.

Ce n'est pas tout ! Lorsque la tranchée expulsive.
Créant une douleur plus aiguë et plus vive.
Réclame un agent qui toute souffrance endort,
Le bromure d'éthyle est donné ; tout s'appaise
Et la femme sourit.... le mari pâmé d'aise
Reçoit l'enfant et dit : " Nous en aurons encor ! "

Est-on sûr que ce soit le bromure d'éthyle ?
Tout autre anesthésique alors est bien utile
Et calme tout autant le système nerveux.
Mais c'est le moins connu....et puis, pour le vulgaire
Très facile à leurrer, on en fait un mystère....
Et voilà le secret de l'agent merveilleux.

Malgré cela, jeunes fillettes,
De trop savants docteurs redoutez les *secrets*.
Et dans vos tendres amourètes.
Songez, songez toujours à ce qui vient après.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

De l'opium.

C'est le sujet de la deuxième conférence de Jules Simon.

La thérapeutique infantile, comme la thérapeutique des adultes, est désarmée sans opium.

Les préparations suivantes sont les seules employées.

Décoction de têtes de pavot. Cette préparation est bonne pour l'usage externe, le dosage étant mathématiquement impossible en raison des grandes variétés des proportions de l'opium contenu dans le décocté.

Laudanum de Sydenham. Chaque gramme contient 27 gouttes.

Jusqu'à 1 an.....une goutte
" 2 ans.....deux gouttes
Au dessus de 2 ans....trois "

Ces doses sont incorporées dans une potion de 120 grammes dont l'enfant peut prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures. Il ne faudra jamais confondre le laudanum de Sydenham avec le laudanum de Rousseau, qui est deux fois plus actif.

Elixir parégorique. Cinq fois moins actif que le laudanum de Sydenham, l'on sait de suite à quelle dose il faut le donner. Il est d'usage plus facile, ne donnant pas aux potions une amertume désagréable, ne tachant ni les linges, ni les doigts, et surtout n'offrant pas les dangers d'une action trop forte : on ne cite aucun cas d'empoisonnement par le parégorique.

L'eau de têtes de pavots, le laudanum de Sydenham et l'élixir parégorique sont les calmants qui seuls peuvent être administrés *aux enfants au dessous de deux ans.*

Sirop de codéine. Claude Bernard a dit que la codéine était plus toxique que la morphine, moins soporifique, plus convulsivante : les

(1) Voir les livraisons précédentes.

Digitized by Google

conclusions de la clinique des enfants ne s'accordent pas avec les expérimentations physiologiques faites sur les chiens ; or c'est la clinique qui est juge en dernier ressort. Le sirop de codéine, d'après la clinique, serait moins toxique, moins convulsivant, c'est à-dire que ses effets sont le contraire de ceux mentionnés par l'école expérimentale.

Vous donnerez le sirop de codéine à la dose de 5 à 10 grammes dans une potion de 120 gr. qui sera prise de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet sédatif.

Sirop diacode. Moins actif que le sirop d'opium officinal, qui doit être proscrit de la thérapeutique infantile, mais plus que le sirop de codéine, par lequel il faudra toujours commencer la médication, le *sirop diacode* se donne à la même dose que ce dernier, c'est-à-dire, une ou deux cuillerées à café en vingt-quatre heures, dans une potion ou tisane.

Poudre de Dover. Dose 0.20 à 0.30 centigrammes.

Contre-indications de l'opium. Nous nous souvenons que l'émétique est contre indiqué dans les affections profondes et généralisées du poumon, telles que la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, la pneumonie, où toute perturbation brusque de l'organisme peut être suivie de collapsus et de syncope mortelle. La même loi préside à l'administration de l'opium chez les enfants; ainsi il est contre-indiqué dans les affections infectieuses et adynamiques telles que diphthérie, variole et rougeole graves, etc. Il ne faudra pas oublier dans les contre-indications un effet physiologique spécial de l'opium, qui est de congestionner la peau, exciter ses terminaisons nerveuses et provoquer des démangeaisons insupportables, et conséquemment ne pas le donner dans les *affections prurigineuses*, les brûlures.

Diascordium. Peu en usage aujourd'hui, nous le mentionnons comme une relique de l'ancienne pharmacopée ; c'est un électuaire dans la composition complexe duquel il entre des toniques, des astringents et de l'opium. Il était employé, associé au bismuth et au laudanum, contre les diarrhées de longue durée. La formule suivante est la plus ordinaire :

Laudanum de Syd.....	1	goutte
Sous-nitr de bismuth...	2	grammes
Diascordium....	0.50 à 2.00	"
Julep	120	"

à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Indications. L'opium a son indication spécialement dans les maladies des voies digestives; qu'on relise ce que nous avons dit à ce sujet dans nos études sur la diarrhée des enfants. Seulement nous répèterons ici qu'avant l'âge de deux ans on ne se servira que du laudanum de Sydenham et de parégorique, et que l'opium doit toujours être fractionné dans ses doses quand il s'agit surtout

Digitized by Google

d'enfants à la mamelle. Donnez d'un seul coup une goutte de laudanum à un enfant de moins d'un an, la prostration, les autres signes de l'intoxication ne tarderont pas ordinairement à vous montrer votre imprudence; donnez, au contraire, cette goutte dans une potion et par cuillerées, l'enfant ne courra aucun danger, et vous obtiendrez rapidement, sans le dépasser, l'effet thérapeutique que vous aviez en vue de provoquer.

La dyspepsie nerveuse se révèle de bonne heure chez la jeune fille; dès l'âge de six ans, nous la rencontrons, surtout chez ces types d'enfants dans les traits et l'état mental desquels nous voyons déjà se dessiner tous les symptômes de l'hystérie.

Une hygiène physique et morale convenable, une gymnastique raisonnable, c'est-à-dire un traitement général tonique, voilà le traitement; cependant les préparations suivantes pourront être administrées, préparations dans lesquelles l'opium entre pour une certaine part :

Teinture de colombo.....	10	grammes
" belladone	5	"
Elixir parégorique.....	5	"

5 à 10 gouttes avant les repas.

Contre l'élément douleur on élève le chiffre de l'élixir parégorique; si la constipation prédomine, on supprime l'opium, et on ne donne que la belladone.

Codéine..	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$	centigr.
Poudre d'yeux d'écrevisse...	10	"
Magnésie.....	10	"
Rhubarbe.	5	"
Noix vomique.....	1	"

Une poudre avant les repas.

Lorsque les affections des voies respiratoires revêtent un caractère spasmodique, les formules suivantes produiront un bon effet.

Teinture de belladone Alcoolature de racine d'aconit	} ãã 5 gram.
Laudanum de Sydenham.....	5 gouttes

Trois gouttes matin et soir en élevant progressivement la dose d'une goutte par jour, jusqu'à concurrence de 12 à 16 gouttes en 24 heures.

La formule suivante semble être d'un dosage plus facile.

Sirop de codéine Sirop de belladone	} ãã 50 gram.

Une cuillerée à dessert par jour.

La codéine ,ici, comme le laudanum dans la préparation précédente, est destinée à corriger l'action excitante de la belladone sur le système nerveux cérébral déjà si excitable de l'enfant.

Digitized by Google

Nous avons dit que dans les affections prurigineuses, l'opium était contre indiqué, cela ne veut pas dire qu'au début des fièvres éruptives il n'est pas indiqué ; au contraire, il semble alors favoriser l'éruption et déterminer au profit de la peau une partie des manifestations pathologiques, mais ici encore il faut faire exception pour les formes graves dès le début, l'insomnie alors sera combattue par le bromure et le chloral.

Les affections nerveuses, les névroses, la chorée semblent souvent s'amoindrir plus sous l'action de l'opium que du bromure, celui-ci cependant conserve toujours sa place à haute dose dans les cas où l'excitation cérébrale paraît sous le coup de poussées congestives.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

M. le professeur LARAMÉE fait remarquer que l'oedème cardiaque commence par les pieds.

Certaines *amblyopies* reconnaissent pour causes des désordres utérins. (Prof. FOUCHER.)

Lorsqu'il s'agit de *chorée*, recherchez toujours la cause ; la plus ordinaire est l'émotion ou la peur. (Prof. LARAMÉE.)

Pour la généralité des malades il vaut mieux éviter un séjour prolongé au lit. (Prof. LARAMÉE.)

Dans l'*urémie*, les convulsions sont pour ainsi dire plus " concentrées " que dans les autres maladies convulsives. (Prof. LARAMÉE.)

Dans un cas d'*oedème de la luette*, M. le professeur BRENNAN prescrit des badigeonnages avec le glycérolé de tannin toutes les deux heures, et recommande l'analyse des urines.

M. le professeur LARAMÉE rappelle que les mécaniciens de locomotives sont souvent pris de rhumatisme, d'un état nerveux et de déchéance prématurée.

Digitized by Google

M. le professeur LARAMÉE, en parlant des blessés cérébraux, attire l'attention sur l'influence des traumatismes anciens, presque oubliés, dans la production d'accidents cérébraux divers.

Les *écoulements de l'oreille* doivent être traités et guéris. C'est une grossière erreur de croire que l'arrêt de l'écoulement exposera à une métastase au cerveau; cette croyance est le résultat d'une observation incomplète des faits. (Prof. FOUCHER.)

Il ne faut pas craindre de se servir d'un anesthésique (administré toujours par un médecin compétent, et ce n'est pas le premier venu qui l'est!) pour le diagnostic et la réduction des fractures et des luxations. Le résultat thérapeutique en dépend souvent. (Prof. BRENNAN.)

La nature des douleurs, dit M. le professeur FOUCHER, suffit généralement pour établir le diagnostic différentiel entre une conjonctivite et une iritis: dans la conjonctivite, les douleurs sont localisées à l'œil ou aux paupières, dans l'iritis, elles s'irradient au pourtour de l'orbite.

Les *cathéters* malpropres causent des désordres aussi graves qu'en produisent une sonde utérine septique: fièvre uréthrale, cystite, etc. Morale: toujours désinfecter avec soin se- cathéters; les tenir continuellement dans un liquide antiseptique pendant qu'ils sont d'un usage fréquent pour un patient, et pratiquer au besoin des lavages antiseptiques rétrogrades de l'urèthre avant et après chaque cathétérisme. (Prof. BRENNAN.)

Deux causes très fréquentes de désordres de l'utérus et de ses annexes sont la blennorrhagie et la mauvaise habitude qu'ont les femmes de se lever trop tôt après leur accouchement avant que l'utérus n'ait repris son état normal; on ne saurait trop insister sur ce dernier point, source oubliée de misères utérines; car les désordres ne sont pas manifestes de suite très souvent, mais seulement plus tard. (Prof. BRENNAN.)

Dans la *blennorrhagie*, surtout chronique, essayez les injections rétrogrades de glycérolé à l'acide borique, d'une solution saturée d'acide picrique ou de la formule suivante :

Créosote.....	10 gouttes.
Hamamelis	
Hydrastis.....ââ	20 "
Eau ou eau de roses, pour.....	4 onces.

Digitized by Google

Chacune de ces dernières solutions doit être diluée de façon à éviter la cuisson. (Prof. BRENNAN.)

Traumatismes des doigts.—Chirurgie conservatrice, surtout pour le pouce et l'index; pour l'annulaire, la désarticulation métacarpo phalangienne donne dans beaucoup de cas une main moins nuisible que lorsqu'on pratique une désarticulation ou une résection phalangienne. Il faut voir à placer la cicatrice dans la meilleure position possible. Dans tous les cas, en adoptant un procédé, il faut songer aux besoins ultérieurs du patient. C'est dans ces traumatismes qu'il importe de faire consciencieusement de l'antisepsie—l'ami chirurgical du pauvre et l'ennemi pécunier du médecin honnête—afin d'obtenir une première intention, évitant ainsi la suppuration et une guérison tardive. (Prof. BRENNAN.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 15 août 1889.

Présidence du docteur A. DAVID.

M. le docteur S. GIRARD présente un malade avec une histoire très intéressante dont voici le résumé :

Le patient est marié, âgé de 31 ans, barbier de son état : c'est un sujet bien amaigri, pesant à peine cent livres; tempérament excessivement nerveux, teint très brun. Son père est en bonne santé, mais en proie à des congestions cérébrales. La mère est morte à la suite d'un accouchement. Ses frères et sœurs vivent tous et ont une excellente santé.

A l'âge de dix-sept ans, le malade a eu une pleurésie purulente qui l'a tenu au lit pendant plus de deux ans. La suppuration s'étant fait jour au dehors, il s'est établi une fistule qui a persisté pendant sept ans. Aujourd'hui le côté gauche est déprimé depuis la cinquième côte. Le cœur bat entre la deuxième et la troisième côte. Le poumon est refoulé au sommet du thorax et on y perçoit à peine un léger murmure vésiculaire. Vu la rétraction des côtes, la rate paraît peu accessible à l'examen. Le foie est normal. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Digitized by Google

La maladie actuelle date de quatre mois. Elle a débuté du côté de la tempe droite par quelques taches pigmentaires brunes accentuées qui se sont réunies pour former une large plaque ressemblant à une ecchymose. Quelque temps plus tard une semblable lésion apparut du côté gauche; puis sur le front et de chaque côté du nez. Tout le reste du corps est indemne. L'apparition de la lésion était accompagnée d'un peu de démangeaison; aucun symptôme inflammatoire ni oedémateux. La pression digitale ne change aucunement la lésion et n'éveille point de douleur. La décoloration devient un peu plus rougeâtre depuis quelque temps et commence à disparaître un peu; cette disparition se fait par desquamation épidermique laissant une peau lisse et luisante. Le malade aurait eu une jaunisse il y a quelques années et son teint serait depuis demeuré subictérique. Les ferrugineux, la quinine, une diète généreuse ont constitué le traitement. Aujourd'hui, le malade est au pyrophosphate de soude.

Le docteur BRENNAN croit à un cas de *mélanodermie*, de *chloasma*, et demande si la compression ou des lésions du voisinage de la rate ne pourraient pas être invoquées, vu la rétraction très considérable de tout le thorax gauche surtout vers la base. Le sujet est manifestement nerveux, névralgique, et le fait de la persistance d'un teint manifestement subictérique et de l'apparence de l'éruption notée prouveraient, croit M. Brennan, un désordre manifeste de la pigmentation et des organes qui y président. La desquamation épidermique particulière à ce cas laissant à sa suite une surface saine, localiserait le dépôt pigmentaire à la couche épidermique. Il attire l'attention sur la distribution de l'éruption symétrique et sur le trajet des gros troncs artériels de la face. Le docteur suggèrerait l'analyse microscopique de l'épiderme et l'analyse des urines au point de vue du pigment. Il conseillerait le salicylate de soude à l'intérieur.

Le docteur DAVID semble croire que les lésions sont d'origine vasculaire et dit que le fait de la résorption d'une première éruption semblable il y a quelques mois semblerait prouver cette origine.

Le docteur GIRARD fait remarquer la disparition des poils dans toute l'étendue de l'éruption.

Le docteur DESJARDINS rapporte un cas très intéressant de *brûlure*. Le patient qui souffrait d'une stomatite ulcéreuse se servait de *pastilles comprimées de chlorate de potasse* contre cette affection, et les portaient enveloppées dans un morceau de papier placé dans une poche de pantalon reposant sur la hanche; cette poche contenait en outre un grand canif. Le sujet s'étant assis pesamment sur un siège dur, il se fit aussitôt une détonation due au choc des pastilles sur le couteau et le feu prit aux habits qui étaient très huileux. La brûlure mesure 8 ou 9 pouces sur 5 ou 6, et est au troisième degré dans toute son étendue et bien délimitée.

Digitized by Google

Ce cas suscite, de la part de plusieurs membres des remarques pratiques sur l'explosibilité de beaucoup de préparations au chlorate de potasse et sur le peu de précautions dont on entoure l'usage de ce médicament dangereux devenu quasi domestique.

Le docteur J. N. MOUNT rapporte un cas de *lésion traumatique du vagin.* La femme était montée sur une chaise pour ajuster un rideau; le meuble glissant, elle tomba et un des montants de la chaise, pénétra violemment dans le vagin, produisant une déchirure de la muqueuse dans une étendue de trois pouces. L'hémorrhagie, quoique très profuse, fut contrôlée par du coton styptique et le tamponnement. La patiente guérit sans complication.

M. HARWOOD signale la guérison par première intention de plusieurs *kystes* du cuir chevelu opérés par ce que l'on pourrait appeler la *méthode circulaire,* ou plus correctement demi-circulaire. L'incision est faite dans la demi-circonférence de la tumeur à sa base, là où le cuir chevelu commence à quitter la tumeur. On est certain, en opérant ainsi, de ne pas entamer le sac; l'énucéation est bien facilitée et on obtient un lambeau demi-circulaire plus favorable à une réunion immédiate que ne le sont la cavité et les deux lambeaux qui résultent de l'incision linéaire faite au sommet de la tumeur.

Le docteur BRENNAN rapporte deux cas de vice de *conformation de l'anus.* Dans le premier on ne retrouvait au périnée qu'un Y formé par la réunion des deux plis fessiers et du raphé périnéal, pas de trace d'anus ni de sphincter, ni apparence de rectum. Les parents ne voulant pas entendre parler d'opération, l'enfant mourut au bout de quelques jours, imperforé!

Dans le second cas il existait un anus bien conformé et un bout de rectum de un pouce et demi se terminant en cul-de-sac. Le second jour, le ballonnement étant considérable, et M. Brennan percevant une certaine élasticité au fond de ce cul-de-sac, on fait une ponction avec un trocart et on agrandit avec un couteau boutonné l'ouverture ainsi obtenue. Le résultat fut nul, même après des efforts persistants. L'enfant mourut à l'âge de cinq jours. L'autopsie, dans les deux cas, n'a pu être obtenue.

Le docteur BRENNAN rapporte les détails d'une hystérotomie qu'il a pratiquée, en compagnie du médecin de la famille de la patiente, pour un cas d'*inversion complète de l'utérus.* L'inversion serait survenue *spontanément* le deuxième jour après la délivrance; des tentatives infructueuses de réduction avaient été faites. M. Brennan vit la femme le cinquième jour, et trouva la surface de la tumeur—qui mesurait environ douze pouces de circonférence—toute grangrénée et secrétant un liquide sanieux très infect. La malade supporta bien l'opération, les symptômes ne permettaient pas d'hésiter sur son opportunité—qui fut faite avec l'écraseur de Chassaignac et dura une heure. L'hémorrhagie fut presque nulle. La patiente parut se relever un peu après l'opération, mais suc-

Digitized by Google

comba le surlendemain au choc et aux progrès des manifestations septicémiques prononcées qui s'étaient montrées dès le quatrième jour après la délivrance.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur de " l'UNION MÉDICALE du CANADA."

Monsieur,

Je me fais un devoir de vous communiquer copie de la résolution suivante, vous priant de vouloir bieu lui donner publication dans " l'UNION MÉDICALE."

" Proposé par le Dr. M. S. Boulet, appuyé par le Dr. J. Paquette, " que le Secrétaire donne avis à l'UNION MÉDICALE et à la *Gazette* " *Médicale de Montréal* que l'*Association Médico-Chirurgicale du* " *District de Joliette* qui vient d'être fondée l'a été dans un but de " protection et d'instruction mutuelles, dans l'intérêt de la science " et de la profession médicale, et surtout pour favoriser l'union " de tous les médecins du District de Joliette.

" Adopté unanimement."

Par ordre

P. J. L. BISSONNETTE, M. D.

Séc. Trés.

St-Esprit, 31 Juillet, 1889.

—Secret médical, secret de Polocninelle gardé par les gendarmes.

—Les traités de pathologie sont des *schémas* sur lesquels chaque malade dessine sa silhouette.

—Nous devons nous méfier des diagnostics d'intuition ; il ne faut pas cependant en faire tout à fait fi.

—Rien de plus simple que de constater un symptôme ; rien de plus difficile que d'en interpréter la signification.

—Les médecins sont comme certaines jolies femmes que l'on hait ou que l'on adore—d'instinct—sans trop savoir pourquoi.

—Le médecin est un pilote naviguant dans des parages dont il a reconnu tous les écueils et sondé toutes les passes ; à quoi peut lui servir son habileté si le navire, mal construit ou trop vieux, n'obéit pas au gouvernail ?

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

De la tuberculose pneumonique. Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié. Messieurs, j'attirerai aujourd'hui votre attention sur un malade que vous avez vu dans le service, et qui se présentait avec des symptômes qui devaient tout d'abord faire songer à la *pneumonie.*

Dès le 3e jour cependant, j'écartai ce diagnostic par les raisons suivantes :

1o Une interrogation minutieuse nous apprit que le malade avait été pris *soudainement* des symptômes pneumoniques qu'il présentait : la veille, il avait travaillé comme d'habitude. Mais en serrant d'un peu plus près nos questions, nous apprîmes que, sans s'aliter, sans changer sa vie, cet homme, *depuis deux mois,* avait remarqué qu'il était moins en train, qu'il perdait ses forces, sans souffrance locale, à la vérité. Dans les derniers temps il s'était joint à cette lassitude des *transpirations nocturnes.*

La maladie pulmonaire avait donc éclaté *soudainement, mais non pas au milieu d'une santé parfaite.*

2o La deuxième circonstance qui devait peser sur notre diagnostic est tirée *d'un rapport entre l'état du poumon et la date de la maladie.*

Au 3e jour, la prétendue pneumonie était assurément grave ; l'état général du malade était sérieux au premier coup d'œil. Mais si l'on en arrivait à l'auscultation, on ne pouvait percevoir que quelques râles difficilement saisissables ; pas trace d'hépatisation. Or, a cette date, les symptômes généraux existant, on aurait eu, dans une pneumonie franche, des signes très nets d'hépatisation.

3o Les *crachats* contenaient beaucoup trop de sang. Ils n'étaient pas du tout pneumoniques. On ne pouvait pas non plus les dire hémoptoïques. C'étaient des crachats *d'hémoptysie.*

Par ces différentes raisons, je conclus à une *tuberculose pneumonique.*

Les faits subséquents m'ont donné entièrenent raison. Le lendemain, il y eut une hémoptysie véritable.

Plus tard, lorsque l'hémoptysie eut diminué, on fit la recherche des bacilles qui fut couronnée d'un plein succès.

Digitized by Google

En somme, nous avions très nettement affaire à la forme nosologique que j'ai décrite sous le nom de *tuberculose pneumonique hémorrhagique.*

Remarquons que, dans le cas qui nous occupe, il est une circonstance qui pouvait faire hésiter quelque peu notre dignostic.

Ordinairement, dans la forme hémorrhagique, l'hémoptysie est *initiale :* elle se produit dès le premier jour.

Ici, le délai a été beaucoup plus long. Le 3e jour, les crachats étaient sanglants, mais enfin il n'y avait pas d'hémoptysie. La possibilité de ce délai est utile à connaître.

La tuberculose pneumonique n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

Le mode du début peut d'ailleurs varier.

I. La tuberculose pneumonique éclate brusquement, mais non pas, comme on le dit, dans le cours d'une parfaite santé. Si l'on recherche soigneusement les antécédents, on trouve toujours que, avant l'explosion de la pseudo-pneumonie, il y a eu des indices d'une altération générale graduelle de la santé, sans souffrance locale, cela absolument comme dans la granulose aiguë.

La durée de cette phase préalable peut aller de deux semaines à deux mois dans la généralité des cas. L'individu n'est pas obligé de s'aliter ni de quitter son travail. Mais il le fait avec peine : il sent que " ça ne va pas " C'est également dans ces conditions qu'éclate la granulose aiguë.

Dans le type le plus intéressant de tuberculose pneumonique, les choses se passent comme chez notre sujet. Tout à coup, frisson, point de côté, gêne respiratoire. En quelques heures, le sujet passe de la situation d'un homme bien portant à celle d'un malade gravement atteint.

Remarquons que le frisson n'est pas toujours unique. Il y a souvent de petits frissons répétés. Israël a même donné la multiplicité des frissons comme constante. Je crois qu'il y a là une erreur due à une série fortuite.

Par la suite, les choses évoluent comme dans une pneumonie, *sauf l'état local.* L'hépatisation est très tardive. Dans une pneumonie vulgaire, à circonstances égales, l'hépatisation a lieu bien plus tôt.

Lorsqu'au début de la pseudo-pneumonie existe l'hémoptysie, le diagnostic doit être fait.

Ajoutons que, dans cette forme, *la lésion est toujours unilatérale.* Le côté droit paraît affecté d'une façon spéciale. En outre, *la lésion débute au moins aussi souvent à la base qu'au sommet.*

Il est évident que lorsqu'il en est ainsi et qu'on arrive à la phase d'hépatisation, s'il n'y a pas hémoptysie, le diagnostic est à peu près impossible,

II. Dans une 2e variété, la similitude avec la pneumonie est moins grande. Il y a bien un début brusque avec de la fièvre :

Digitized by Google

mais celle-ci est moins forte que dans le cas précédent. Le malade est moins rapidement atteint. Au 2e, au 3e. jour, on ne le trouve pas dans un état grave. La gêne respiratoire, l'état de la température qui est à 30o, font plutôt penser à la *broncho-pneumonie.* Mais ce diagnostic est écarté par l'auscultation, qui nous révèle *des lésions unilatérales.*

III. Le 3e mode diffère un peu des précédents : ici pas d'explosion brusque. A la suite d'une altération de la santé analogue à celle que nous avons signalée dans les cas précédents, l'individu se met à tousser, perd de plus en plus ses forces ; il a quelques frissons le soir. Le début ressemble donc à celui de la tuberculeuse chronique. Les choses marchent ainsi pendant un mois, six semaines, deux mois, et l'on croit au début d'une tuberculose chronique, lorsqu'un jour, sans raison saisissable, l'individu devient plus malade. L'auscultation, au grand étonnement du médecin, ne révèle nullement le catarrhe des sommets, mais bien une infiltration compacte d'un des lobes inférieurs. C'est même dans cette forme que la ressemblance sthétoscopique avec la pneumonie est la plus complète.

La première variété est évidemment celle qui mérite le nom de *tuberculose pneumonique.* Il faut cependant que je vous prémunisse tout d'abord contre une erreur que j'ai peut-être fait naître dans votre esprit. Chez notre malade, l'hémoptysie s'est arrêtée de bonne heure. Bientôt le sang a été mêlé à des matières mucopurulentes. C'est alors (8e jour) qu'on a trouvé des bacilles. Pensez-vous que les bacilles avaient huit jours de date ? Non assurément. Des bacilles ne se révèlent pas au bout de huit jours d'existence. Leur présence prouve qu'ils s'étaient développés en quelque point pendant cette période de détérioration de deux mois.

Ce que je veux bien vous faire savoir, c'est que, *dans la période franchement aiguë de la tuberculose pneumonique, on ne trouve pas d'ordinaire de bacilles.* Sans cela, ce serait un signe diagnostique d'une telle importance que je me serais hâté de l'écrire en tête.

Messieurs, l'évolution de cette forme morbide est très variable.

1o Le malade peut être tué par l'hémoptysie, en pleine acuité initiale (15 premiers jours).

2o Il peut survivre six semaines, deux mois, deux mois et demi, et succomber alors sans que l'acuité de la maladie se soit démentie.

L'état fébrile est resté constamment aussi prononcé que dans les premiers jours. Dans ces cas, les lésions ne restent pas toujours bornées à l'appareil respiratoire. Elles peuvent se diffuser à l'abdomen ou au cerveau.

3o Dans un 3e groupe, la survie est plus longue, de plusieurs mois quelquefois. Il y a alors, à un moment donné, atténuation dans les phénomènes fébriles. Mais les lésions marchent quand même, marchent avec rapidité, et en quelques mois atteignent le développement qu'elles acquièrent dans la phthisie au bout de

Digitized by Google

une ou plusieurs années. C'est une véritable phthisie galopante.

4o Enfin, dans un 4e ordre de faits, il arrive un moment où la fièvre, après avoir diminué, prend fin, et où l'on observe la transformation d'une maladie aiguë en maladie chronique. Si cela se passe à une époque voisine du début, le malade a les chances inhérentes à une tuberculose torpide, chronique, qui peut s'améliorer, et peut être guérie (?), qui en tout cas peut permettre une survie plus ou moins longue.

Vous comprenez, Messieurs, que c'est à obtenir ce dernier résultat que doivent tendre tous nos efforts. Tant que le malade a une fièvre continue, il n'y a rien à espérer. C'est donc à s'efforcer de supprimer la *fièvre* que se bornera la thérapeutique. Aussi voici quelle est ma pratique en pareil cas :

C'est à *l'acide salicylique* que j'ai recours et je le donne de la façon suivante : Le 1er jour, 2 grammes ; le 2e jour, si l'effet a été nul, 2 gr. encore. S'il y a eu défervescence, 1 gr. 50 ; le 3e jour, 1 gr. 50 ; puis deux jours de repos, après quoi je recommence de la même manière. Cette méthode pourrait être employée de la même façon avec la quinine, mais je lui ai trouvé en pareil cas moins d'efficacité.

A ce traitement, on ajoutera les deux médicaments des affections infectieuses, alcool et quinquina.

Je dois vous dire toutefois qu'avec ce traitement vous n'obtiendrez le plus souvent absolument rien, pas même un abaissement de température de 1 ou 2 dixièmes. Essayez alors un autre antipyrétique et si votre insuccès est le même, soyez certain que votre malade va succomber rapidement.

Dans d'autres cas, un peu moins rebelles, la température s'abaisse, mais on ne rompt pas la continuité de la fièvre. Elle ocillait autour de 40o ; elle oscille maintenant autour de 39o. Mais elle reste continue. Le pronostic reste aussi fatal : seulement il faut savoir que cet abaissement est quelquefois le premier indice de l'intermittence que vous cherchez.

Enfin dans un troisième groupe de faits, la continuité de la fièvre finit par céder à vos efforts : elle disparaît le matin. C'est là un résultat notable.

Dans les cas les plus favorables, et malheureusement les plus rares, la fièvre du soir disparaît également, et la maladie aiguë a fait place à une maladie chronique comme je vous l'exposais tantôt.

Messieurs, la tuberculose pneumonique n'est pas très rare. Vous en rencontrerez certainement des cas dans votre pratique. En raison de son issue presque toujours fâcheuse, ne promettez pas trop. Insistez sur l'intérêt qu'il y a à combattre la fièvre. Mais en même temps avertissez la famille de la gravité du pronostic. La brusquerie du début, la ressemblance de la maladie avec une pneumo-

Digitized by Google

nie, maladie qui guérit d'ordinaire, font rejeter à l'entourage l'idée d'un danger immédiat.

Votre devoir, si pénible qu'il soit, est de l'avertir de la possibilité d'un dénouement prochain et fatal.—*France médicale.*

Traitement de la chlorose, par HULLMANN.—La chlorotique est avant tout une constipée. La première indication est donc de la déconstiper, le fer ne vient qu'après. Schulz et Strûbing ont dernièrement préconisé le soufre dans la chlorose ; ils n'ont pas pu voir que son état purgatif explique leur succès. Mais ces messieurs le donnaient à dose non purgative. Qu'importe à Hüllmann ?—Notre confrère assure d'ailleurs sa cure purgative en lui adjoignant une *cure de marche réglée,* d'où résulte une grande amélioration des fonctions respiratoires et circulatoires ; tous les trois ou quatre pas une respiration, et n'expirer qu'après avoir fait autant de pas.—Combien de pas à la minute ? 70 si l'inventeur le permet.—*Lyon médical.*

De l'estomac cardiaque.—Parmi les phénomènes d'ordre extrinsèque dans les maladies de cœur, il faut citer, par ordre de date souvent et d'importance toujours, les troubles gastriques. Ils se manifestent sous forme d'avertissements ou de symptômes dans les cardiopathies. Ce sera *l'estomac cardiaque.*

le GASTRICISME INITIAL.—Il arrive bien souvent que les maladies de cœur se révèlent au malade par des perturbations des fonctions digestives ; l'état du cœur est masqué parfois par une dyspepsie permanente et vraie, ou bien, ce qui est plus fréquent, par une atonie de l'estomac avec ou sans dilatation.

Que de fois un malade vient se plaindre de lenteur de la digestion avec production de gaz, constipation, malaise à la fin de la digestion stomacale ; si on l'examine, on constate une distention ou une dilatation de l'estomac avec ou sans clapotement, en un mot, une atonie de l'estomac. Si le diagnostic s'arrête là, le malade est compromis. Si en vertu de ce diagnostic privé de sens, on prescrit les pepsiques ou les peptones, les absorbants ou les purgatifs, les amers ou les toniques, l'hydrothérapie ou les eaux minérales, le danger va se dessiner bientôt, et s'accentuer jusqu'à ce qu'un médecin plus attentif et prévenu de ces fallacieuses éventualités reconnaisse la cause de ces désordes gastriques, c'est-à-dire l'affection du cœur qui en est effectivement le point de départ.

Le malade est entré gastrique dans votre cabinet de consultation, il en sort cardiaque.

D'où provient l'erreur souvent si longtemps prolongée au détriment du malade ? A la suite des atonies stomacales, il se fait souvent une accumulation de gaz tellement marquée qu'il en résulte un refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique et,

Digitized by Google

par conséquent, une gêne plus ou moins marquée de la respiration ; c'est cette oppression mécanique qui est trompeuse, car il s'agit d'une dyspnée de travail, d'une dyspnée cardiaque.

Comment reconnaître cette origine de la dypsnée ? Comment retrouver le cœur malade au milieu de ces troubles de l'estomac ? Dans la plupart des cas, rien n'est plus facile ; il s'agit d'avoir le soin d'examiner attentivement le cœur pour trouver la lésion originelle. En effet, il s'agit alors ordinairement de lésions aortiques, ou, pour être plus précis, de rétrécissements ou d'*insuffisances aortiques*, qu'il est impossible de méconnaître. Dans un travail anglais, publié en 1867, Leared (*Med. Times*) annonce que, sur huit observations, sept fois il existait une lésion aortique, rétrécissement ou insuffisance ; dans une seule observation le malade était atteint d'une lésion mitrale. Or, notez que souvent les malades sortaient de l'hôpital sans avoir été auscultés. Leared raconte l'histoire d'un cocher d'omnibus qui, après avoir été traité pour une dyspepsie douloureuse, sortit de l'hôpital, et tomba mort de son siège ; l'autopsie révéla une insuffisance aortique et un estomac parfaitement sain. M. Huchard rapporte l'observation d'un homme atteint d'*insuffisance aortique*, chez lequel la lésion cardiaque ne s'est pas révélée pendant longtemps que par des troubles violents de l'estomac ; ici du moins la maladie du cœur fut reconnue avant la mort, qui eut lieu à la suite d'accès d'angine de poitrine provenant de la lésion aortique et coronaire. Nous verrons la légende de ces angines de poitrine dites d'origine gastrique où il s'agit simplement de rétablir l'ordre de succession, et de reconnaître, si c'est possible, l'angine scléro-coronaire qui mène à la mort sous prétexte de gastricisme, et ne diffère, en réalité, en rien des angines coronaires vraies. Sans anticiper sur cet enchaînement des symptômes gastriques et cardiaques, nous avons à répéter avec insistance qu'il s'agit dans la grande majorité de gastricismes cardiaques, d'une lésion facilement accessible à nos moyens d'investigation et trop souvent méconnue par suite d'une coupable ignorance ou négligence ; souvenons-nous de ces insuffisances aortiques foudroyantes, et mentionnons ainsi les anévrysmes aortiques qui ne se révèlent que par le gastricisme : un malade de Broadbent est mort à la suite de la rupture d'un anévrysme ; le médecin avait oublié l'auscultation.

Il n'y a de difficulté réelle que pour les *myocardites scléreuses* ou fibro-graisseuses qui, elles aussi, se dessinent au début des atonies de l'estomac, souvent aussi par des dyspepsies chimiques, sans se révéler par des signes palpables.—Ces myocardites se relient presque toujours aux artério-scléroses soit des artères en général, soit spécialement des artères coronaires ; leur phénoménalité est toujours obscure et on comprend, en pareil cas, une méprise sur l'origine du gastricisme ; mais n'oublions pas le phénomène dominant, et tout aussi précoce que la gastro-

Digitized by Google

atonie, je veux parler de la *dyspnée du travail* à laquelle se joint bientôt *l'arythmie* ; ces deux symptômes ne sont pas a négliger.

Le diagnostic étiologique de l'atonie simple ou dyspeptique est un peu plus facilé si on la considère dans les *hypertrophies* cardiaques, qui résultent aussi bien souvent des artério-scléroses ; ici du moins l'examen physique, la percussion surtout, peut fournir d'utiles renseignements sur l'état du cœur, par conséquent sur l'origine de troubles gastriques.

Il est bien remarquable que tous ces phénomènes digestifs se rattachent directement ou indirectement à une cardiopathie artérielle, sans qu'on puisse en fournir l'interprétation. Il est du moins certain que la lésion cardiaque aortique influence le développement des dyspepsies simples ou atoniques, sans qu'on puisse les rattacher à un trouble de circulation de la muqueuse de l'estomac. Les Allemands attribuent à une hyperhémie passive tous les phénomènes rétroactifs vers l'estomac ou les organes abdominaux ; s'il en est ainsi, d'où vient donc l'immunité de l'estomac dans les affections mitrales à leur début, dont on connaît le fâcheux privilège de provoquer des stases dans les organes abdominaux.—L'hyperhémie n'explique pas la dilatation atonique, ni même les dyspepsies chimiques, qui d'ailleurs ne s'observent qu'à une période avancée des maladies cardiaques.

Avant de se prononcer sur la pathogénie des affections gastriques d'origine cardiaque, il faudra être fixé sur la nature des gastro-atonies. Sont-elles accompagnées d'hyperchlorhydrie, ce qui est douteux ; ou d'une acidité normale, ainsi que je l'ai constaté chez un certain nombre de cardiaques qui paraissent jouir d'une bonne santé générale, ou bien existe-t-il une dyspepsie chimique avec anachlorhydrie, ainsi que je l'ai observé chez les cardiaques frappés depuis longtemps déjà ? Ces questions préliminaires ont besoin d'être résolues avant qu'on ait le droit de juger le mode de production des atonies diverses ; l'influence de la gêne circulatoire et même de la composition du sang sur les sécrétions gastriques n'est pas encore connue.

Il est toutefois une loi de physiologie qui se vérifierait dans ce cas et s'y appliquerait ; c'est que les sécrétions sont maintenues chaque fois qu'il y a augmention de pression dans le système artériel général et dans celui des glandes en particulier.—Dans les cardiopathies artérielles, la sécrétion est normale, ainsi que dans toutes les lésions aortiques compensées par l'hypertrophie du cœur ; elle manque dans les dilatations du cœur et les dégénérescences du myocarde ; n'est-ce pas ainsi qu'on peut s'expliquer la rareté des atonies dyspeptiques dans les insuffisances du muscle et les insuffisances de la valvule mitrale ? N'est-ce pas là la cause des affections gastriques chez les artério-scléreux ? Si l'observation ultérieure confirme les données relatives à la chlorhydrie régulière de ces artériques, l'interprétation sera exacte.—Voici des

Digitized by Google

faits intéressants à l'appui.—Dans le dernier numéro du *Zeitschrift fur klinische Médizin*, Grossmann produit des recherches intéressantes démontrant que, dans les cardiopathies avec stases du sang, les aliments présentent des diversités au point de vue de leur résorption.—Les fécules se résorbent comme d'ordinaire, même quand la bile et le sucre pancréatique manquent (Muller); c'est cette absorption des fécules qui souffre le moins. Les albuminoïdes sont moins indemnes ; la graisse ne s'absorbe plus, elle se perd trois fois plus qu'à l'état normal (18 p. 100 au lieu de 5). La conclusion est facile à tirer au point de vue du régime. Au point de vue doctrinal elle confirme nos prévisions.

2° Gastricisme tardif.—Dans les périodes avancées ou troublées des cardiopathies l'estomac reste rarement indemne et, cette fois, par l'effet de stases abdominales ; il survient de l'anorexie, des douleurs stomacales pendant la digestion ; l'absorption des produits de la digestion semble être enrayée ; les malades pâlissent, maigrissent et tombent dans cet état qu'on a appelé *cachexie cardiaque* sur laquelle MM. Gendrin et Peter ont tant insisté, en l'invoquant même comme la cause des hydropisies. Mais ce n'est pas là qu'est le danger ; ce n'est pas là la cause des infiltrations ; l'appauvrissement du sang et son état hydrémique supposé ne sauraient produire le moindre œdème sans le secours des obstacles circulatoires ; c'est l'inanition générale, le dépérissement de tous les tissus qui compromet le fonctionnement des organes ; l'état cachectique n'est que le dégré le plus avancé de cette déchéance ; il s'établit là un cercle vicieux ; l'estomac cesse de digérer et l'inanition qui en résulte provoque à son tour son impuissance fonctionnelle.

3o Crises gastriques des ataxiques cardiaques.—Nous devons signaler à l'occasion de l'estomac cardiaque une autre série d'accidents gastriques, qui, sous le nom de *crises gastriques*, s'observent chez les tabétiques cardiaques. On connaît maintenant la coïncidence des lésions du cœur et surtout de l'orifice aortique avec l'ataxie locomotrice, mais sans connaître le trait d'union de ces affections si distinctes par leur siège et leur nature, comme le sont d'une part les lésions cardiaques, et, d'autre part, les lésions médullaires, ou plutôt, d'après les recherches modernes, les névrités périphériques caractérissant le tabès ; nous discuterons ailleurs ces singulières rencontres. Ici nous n'avons qu'à signaler les crises gastriques qui arrivent chez les tabétiques cardiaques ni plus ni moins souvent que chez les ataxiques dont le cœur est indemne. Ici encore c'est l'aortie qui domine ; le trouble gastrique, dont l'origine est dans le système nerveux centrale ou périphérique, est souvent caractérisé par une hyperchlorhydrie très accentuée qui provoque, ou du moins qui accompagne ces violentes crises douloureuses avec ou sans vomissements.—*Gazette des hôpitaux.*

Digitized by Google

Coliques hépatiques.—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—La présence, dans notre clinique, d'une malade, atteinte de lithiase biliaire, m'amène à vous parler aujourd'hui des coliques hépatiques, terme sous lequel on désigne l'ensemble des symtômes par lesquels se manifestent les migrations des calculs à travers les voies biliaires.

Le plus important de ces symptômes est la douleur; celle-ci éclate soudainement, sans cause appréciable, ou bien à la suite d'une vive émotion. Cette douleur, qui débute ordinairement trois ou quatre heures après le repas, paraît coïncider avec le déversement de la bile dans l'intestin, acte réflexe provoqué par le passage du chyme dans le duodénum. Elle est excessivement intense, paroxystique; elle atteint son maximum d'intensité au niveau de l'épigastre, dans l'hypochondre droit et dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate droite; elle s'irradie parfois dans l'épaule, dans le bras, dans la nuque, dans la région temporale droite et peut atteindre d'autre part le flanc droit, les testicules ou la vulve.

Cette crise douloureuse s'accompagne souvent de frissons, de nausées et de vomissements alimentaires ou même bilieux. Plus rarement les phénomènes réflexes prennent une allure plus fâcheuse encore et se traduisent par des convulsions, du délire, de la dyspnée, des palpitations du cœur, des congestions cérébrales.

L'ictère est un phénomène fréquent, mais non constant de la lithiase biliaire. Il est aisé de comprendre que l'ictère doit nécessairement se produire lorsque le calcul en migration est suffisamment volumineux pour amener une obstruction des voies biliaires et conséquemment l'absorption de la bile, ou bien lorsque le spasme provoqué par la présence du calcul est tellement violent et soutenu que l'oblitération du canal s'effectue par la contraction permanente des fibres musculaires qui l'entourent.

L'absorption de la bile se traduit par la coloration jaune-verdâtre de la peau et des muqueuses et la couleur acajou des urines. L'apparition de l'ictère est parfois rapide, si l'accès se prolonge; le plus ordinairement elle s'opère vingt-quatre ou trente-six heures après le début de la crise.

La durée de la colique hépatique est fort variable. Les douleurs peuvent s'amender au bout de deux à quatre heures ou persister huit, douze heures, plusieurs jours même, et affecter une périodicité d'exacerbations et de rémissions.

La terminaison de l'accès se fait d'ordinaire brusquement, instantanément, comme le début; le patient éprouve un bien-être ineffable. Parfois la terminaison de l'accès est marquée par des sueurs profuses, des nausées et des vomissements de bile. La fin de la crise coïncide ordinairement avec la chute du calcul dans l'intestin et il est possible de le retrouver dans les déjections; parfois cependant cette recherche pénible et répugnante demeure infructueuse, et l'on admet que le corps du délit a rebroussé chemin et est tombé dans la vésicule biliaire.

Digitized by Google

Dans certains cas la terminaison de l'accès s'effectue en deux temps. Le patient, après avoir souffert pendant quelques heures, éprouve un calme parfait qui semble être la fin de la crise; puis tout à coup un nouvel accès se produit auquel succède le bien-être définitif. Notre malade présente ce phénomène; son interprétation est aisée quand on a présent à l'esprit le trajet que doit faire le calcul pour arriver dans l'intestin. En sortant de la vésicule biliaire il s'engage dans un canal étroit et tortueux, le canal cystique, où il provoque les spasmes qui constituent la crise; puis au moment où il pénètre dans le canal cholédoque, moins contourné et surtout bien plus large, une rémision —le premier temps de la terminaison — se produit; mais ce canal parcouru, le calcul rencontre l'orifice duodénal du cholédoque, orifice étroit et muni d'un sphincter qu'il doit forcer pour gagner l'intestin. La lutte qui s'engage entre le calcul et le sphincter produit le second accès qui se termine par le passage du canal dans l'intestin et la rémission définitive.

Nous venons de faire la description typique, classique, de la colique hépatique. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi et il est parfois difficile de diagnostiquer la lithiase biliaire tant les symptômes par lesquels elle se traduit sont peu marqués. Ainsi il arrive parfois que le début de la colique hépatique ne soit signalé que par une douleur vague, modérée, de la région épigastrique, qui ne rappelle en rien ce début brusque et violent que nous connaissons; bien plus la douleur dans l'hypochondre et à l'épigastre peut faire absolument défaut et la lithiase biliaire peut ne se manifester que par des phénomènes réflexes éloignés de la région hépatique; une névralgie dans la tempe, dans la nuque, au niveau de l'épine, peut être l'unique manifestation de la lithiase biliaire et entraîner une erreur de diagnostic; aussi faut-il avoir présents à l'esprit ces cas et ne se prononcer que quand des données précises vous autorisent à émettre une opinion sérieuse et bien fondée.

Outre ces cas exceptionnels où la lithiase biliaire est marquée par l'absence des symptômes caractéristiques, la crise de colique hépatique, accompagnée de ses manifestations habituelles, peut être confondue avec d'autres accès qui ont quelques analogies avec elle. Ainsi la gastralgie présente quelques symptômes qui se confondent avec ceux de la colique hépatique; aussi ne faut-il pas oublier qu'ordinairement les crises gastralgiques éclatent aussitôt après l'ingestion des aliments et sont journalières, que les urines ne contiennent pas de pigment biliaire. L'entéralgie se différencie de la colique hépatique par le siège de la douleur au pourtour de l'ombilic et sur le trajet des anses intestinales. Quant à la colique saturnine, elle se distingue de la colique hépatique par le liséré caractéristique et la petitesse du foie. La péritonite sera reconnue par le ballonnement permanent du ventre et par la fièvre

Digitized by Google

qu'elle allume. Enfin la colique néphrétique, du côté droit surtout, sera différenciée de la colique hépatique par l'irradiation de la douleur dans le sens de l'uretère, par les douleurs lombaires, par la rétraction du testicule correspondant seul et par l'examen des urines.—*Praticien.*

Toux d'origines variées.—La *toux* provenant de l'irritation d'*un anévrysme aortique* est promptement soulagée par la *morphine.*

La *toux* provenant de la pression du nerf vague par les glandes bronchiques hypertrophiées, disparaît en partie, par l'application des ventouses sèches dans la région interscapulaire.

La *toux* qui accompagne la *bronchite capillaire* des enfants est améliorée par l'usage fréquent d'une cuillerée à thé de lait et d'eau de chaux. D'après le Dr Thompson, l'huile de lin est le meilleur liquéfiant du mucus bronchique. Il la prescrit émulsionnée d'huile de gaulthérie, d'acide hydrocyanique dilué, de glycérine, de sirop simple et d'eau.—*Polyclinic.*

CHIRURGIE

Ostéopériostite du radius.—Clinique de M. le prof. VERNEUIL, à l'hôpital de la Pitié.—Au numéro 18 de la salle Lisfranc est couchée une fillette de 16 ans dont l'état est particulièrement intéressant à étudier. Cette petite malade est d'aspect chétif, mais malgré tout elle n'est pas en mauvais état de santé.

Le 20 décembre dernier elle fit une chute sur le poignet gauche. Malgré cet accident, elle continua cependant à faire usage de son membre pendant vingt-quatre heures. Le lendemain seulement, elle alla consulter un homme du pays qui lui conseilla de faire simplement des frictions. Voyant que son état ne s'améliorait pas avec cette simple thérapeutique, elle s'adressa alors à un rebouteur qui, chose extraordinaire ! lui dit qu'il fallait qu'elle allât consulter un médecin. Ce dernier fit le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure du radius, étant donnés les signes inhérents à cette sorte de fracture. Le médecin consulté est un homme instruit, et nous ne pouvons mettre en doute son diagnostic. Cependant nous pouvons peut-être poser quelques restrictions en faisant observer qu'il y avait un gonflement énorme de la région qui a pu masquer tellement les parties osseuses qu'une erreur de diagnostic était possible, et que, de plus, il est bien rare que dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius il n'y ait pas impotence fonctionnelle du membre.

Quoi qu'il en soit, on apposa un appareil plâtré avec des attelles de façon à immobiliser complètement le membre, enfin le traite-

Digitized by Google

ment ordinaire des fractures de l'extrémité inférieure du radius fut employé. Au bout de trois semaines, cet appareil fut enlevé. Mais la malade commença à éprouver des douleurs dans la région du poignet. Les parties malades gonflèrent, devinrent rouges et la peau tellement tendre, qu'il fallut faire des incisions qui donnèrent issue à une assez grande quantité de pus. Cet abcès ne guérit pas, les incisions ne se fermèrent point, et il subsista trois fistules qui existent encore aujourd'hui sur la face dorsale du poignet.

Malgré tout, la main a conservé presque tous ses mouvements; il y a peu de différence de hauteur entre les deux apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Mais le radius a quadruplé de volume; chez cette petite fille, il devrait avoir environ la grosseur du doigt, tandis qu'il est certainement gros comme l'extrémité inférieure de l'avant-bras; il est considérablement hyperostosé.

En résumé, chute sur le poignet par un temps très froid (décembre), et sans nous prononcer pour le diagnostic à l'époque de l'accident, pour ce qui est de l'état actuel, nous dirons que notre petite malade a une ostéopériostite du radius. Quoique l'on n'ait pas porté la sonde dans les fistules, vraisemblablement elles conduisent à des séquestres.

En cet état de choses, quel est le pronostic? Il est peu grave, mais hâtons-nous de dire que c'est une affection incurable si l'on compte sur les soins seuls de la nature pour la faire disparaître. Les séquestres que nous supposons exister, et qui existent certainement, doivent être jusqu'au centre de l'os. Maintenant ils sont plus ou moins invaginés, plus ou moins mobiles, suivant qu'ils sont plus ou moins adhérents au radius.

Quelle sera donc la conduite opératoire à tenir à l'égard de ce radius hyperostosé? Il faut découvrir l'os, naturellement le débarrasser des séquestres que nous rencontrerons dans son intérieur, mais ce qu'il faut surtout faire, si l'on veut avoir un bon résultat opératoire, c'est de creuser une véritable gouttière, de façon à obtenir avec la guérison une diminution de cet os hyperostosé.

Le bras de la malade a été recouvert dans la salle de compresses de tarlatane phéniquée. On va appliquer, pour l'opération, la bande Esmarck, non pas pour éviter la perte de sang, car elle va être peu considérable, mais pour que ce sang, en quelque petite quantité qu'il soit, n'obscurcisse pas le travail. Puis, quand la malade sera endormie, on sondera les trajets fistuleux pour rechercher les séquestres, pour savoir s'ils sont gros ou petits, mobiles ou adhérents au radius; ensuite on débridera ces trajets fistuleux pour arriver sur l'os pour trouver les orifices, car il doit y en avoir plusieurs. Ceci fait, il faudra voir quelles sont les dimensions des trous osseux. Si les trous étaient assez grands pour saisir le séquestre en entier, l'enlever, peut-être pourrait-on en rester là en drainant simplement l'os. Mais si au contraire on tombe sur des

Digitized by Google

orifices étroits par lesquels ne puissent pas passer les séquestres ou bien encore sur une hyperostose avec peu de mortification osseuse, alors il faudra creuser l'os de sa gouttière. Ce procédé, consistant à creuser un canal le long de l'os, garantit contre la persistance des séquestres, étant donnée la large porte qu'on fait dans l'os. Sans compter que l'on se met ainsi à l'abri de la rétention du pus. Sous l'influence de rétractions, favorisées par la canalisation, l'os guérit en diminuant de volume.

Ces opérations sont très peu graves, les malades guérissent bien, sans fièvre aucune. Cela dépend certainement des précautions antiseptiques que l'on prend; mais il faut dire aussi que M Verneuil n'avait pas plus d'accidents avant l'emploi des procédés antiseptiques. C'est que ce tissu osseux malade supporte très facilement ces résections.

Telle va être la conduite à tenir avec cette petite malade. Il faudra un assez long temps, deux ou trois mois au moins, pour que la guérison soit complète, mais enfin elle guérira bien.

Ce cas d'ostéopériostite nous amène à dire quelques mots de la persistance des germes dans l'organisme. Rodet (de Lyon) a fait à ce sujet des recherches très intéressantes. Dans les trajets fistuleux anciens, on a retrouvé le staphylococcus aurèus, le staphylocoque de l'anthrax. Ce germe peut rester pendant un grand nombre d'années enfoui dans une partie quelconque du corps et, tout à coup, sous une influence quelconque, se réveiller et donner lieu à de la suppuration *sans plaie extérieure.* C'est pourquoi il faut soigner ces malades jusqu'à la fin avec une antisepsie rigoureuse pour ne pas laisser enfermés de staphylocoques. Aussi c'est pourquoi la gouttière osseuse qui permet une désinfection complète est-elle une excellente pratique.—*Praticien.*

Des ostéites typhoïdiques.—M. Ed. SCHWARTZ, ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'ostéites dans le décours de fièvres typhoïdes, rappelle que ces ostéites typhoïdiques ne sont pas connues depuis longtemps. C'est Keen le premier qui a attiré sur elles l'attention dans une lecture faite en 1878 à Washington.

C'est surtout pendant la convalescence des formes graves de typhus abdominal, plus rarement pendant le cours de la maladie, qu'on observe les ostéites; c'est généralement après la troisième semaine, plus fréquemment du premier au deuxième mois qu'elles apparaissent.

Keen a donné la statistique suivante:

10 fois au bout de 15 jours.

27 fois au bout de la troisième et de la sixième semaine.

10 fois au bout de plusieurs mois.

Une cause prédisposante essentielle, c'est l'enfance et l'adolescence pendant la période de croissance des os; toutefois l'ostéite typhoïdique atteint aussi bien les individus dont les os sont déjà soudés.

Digitized by Google

L'inflammation qui se développe dans la moelle sous-périostique ou dans la moelle interstitielle des os se résout ou bien aboutit tantôt à une simple hyperostose, tantôt à la suppuration avec ou sans nécrose. Cette dernière n'est pas très fréquente et généralement les séquestres sont très petits ; c'est quand l'ostéite s'attaque aux os a tissu compact, comme les os longs, que l'on observe plutôt la nécrose ; l'ostéite suppurante sans séquestre s'observe de préférence sur les os spongieux (rotule, sternum). C'est surtout sur les os des extrémités inférieures que les lésions se sont développées le plus souvent. Il n'est pas rare d'observer des poussées successives sur divers os, soit presque simultanément, soit à quelque temps d'intervalle.

Ce qu'il y a de remarquable dans les ostéites typhoïdiques, c'est la superficialité des dégâts et leur peu d'étendue. Toutes les fois que l'on a décrit des ostéites étendues, diffuses et profondes, c'est qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite à forme typhoïde et non pas d'une ostéite typhoïdique proprement dite. Celle-ci débute insidieusement ; le malade sent de la pesanteur, de l'engourdissement douloureux dans une région : la douleur se localise, devient plus vive sans changement de couleur ni de tension de la peau et l'on sent un gonflement de l'os ; l'affection peut s'arrêter là et rétrocéder seule ou sous l'influence d'un traitement approprié. Souvent elle va plus loin, les parties molles se prennent ; il se forme un abcès qui s'ouvre seul ou est ouvert, qui siège sur un os non dénudé ou dénudé, ramolli ou dur ; la lésion guérit encore seule ou il persiste une fistule. Une fois la fistule établie, si on n'y touche pas, la durée de la maladie est toujours très longue ; souvent même, quand on est intervenu, il y a récidive. Aussi, bien que le pronostic soit presque toujours d'une grande bénignité, il doit être réservé, quant à la durée et à la récidive possible, même après une intervention.

Le traitement doit être d'abord prophylactique ; c'est presque toujours quand les malades commencent à reprendre leurs occupations, après une fatigue exagérée ou après un léger traumatisme, que survient la poussée osseuse. Aussi chez les individus jeunes à croissance rapide, il faut éviter, surtout après une fièvre typhoïde grave, les fatigues exagérées ou des exercices trop précoces.

Quand l'ostéite est déclarée, il faut prescrire le repos, les révulsifs durant la période phlegmoneuse ; s'il y a une fistule ou plusieurs, peu de suppuration, on peut attendre et laisser à la nature le soin de guérir la lésion avec ou sans élimination de sequestre ; ce n'est que si la suppuration est plus abondante, la région dangereuse, ou si le malade le demande que M. Schwartz conseille d'opérer par le grattage, la cautérisation, l'excision large des parties malades et de pratiquer, s'il y en a, l'extraction des séquestres.— *Concours médical.*

Digitized by Google

Epithélioma secondaire des ganglions sous-maxillaires.— Clinique de M. KIRMISSON, à l'Hôtel-Dieu.—Ce malade qui, depuis le mois de novembre dernier, éprouve des douleurs considérables, ne peut pas ouvrir la bouche. Il a une contracture permanente des mâchoires. Il présente sur la face interne de la joue des mamelons de couleur normale, rosâtres, un peu plus consistants que la muqueuse et qui sont évidemment produits par les morsures dues à la contracture des mâchoires ; ce ne sont point des granulations néoplasiques.

On remarque que deux des molaires gauches inférieures sont absentes. Le malade explique d'ailleurs très bien la disparition de ces deux dents : la première a été arrachée il y a vingt ans, cette extraction n'a donc aucun rapport avec l'affection actuelle ; l'autre a été arrachée en novembre dernier, alors que le néoplasme débutait. Il est probable qu'à cette époque le malade, souffrant de la mâchoire, alla trouver un dentiste qui, un peu au hasard, lui enleva une dent saine encore, ou à peu près. La dernière molaire est saine, mais mobile et inclinée, ce qui tient à de l'ostéo-périostite. On ne trouve rien dans le sillon gingivo-buccal ; rien non plus du côté des mâchoires ; ce point de départ ne tient donc pas au système dentaire.

Toute la région gauche du plancher de la bouche, par exemple, est fortement indurée, ainsi que la glande sublinguale.

On se trouve donc en présence d'une tumeur ayant envahi le plancher de la bouche, mais ayant respecté la région carotidienne. C'est une tumeur maligne, ou si l'on veut un *cancer*. Elle a marché en effet avec beaucoup de rapidité ; il y a neuf mois, elle était de la grosseur de l'extrémité du doigt, aujourd'hui elle a la grosseur d'un œuf de poule, elle est extrêmement dure, très adhérente à la peau et aux parties profondes, on ne peut lui imprimer aucun mouvement, elle est très douloreuse.

On n'a point affaire ici à une tumeur ayant son point de départ dans la bouche ou du côté des dents. Est-ce une tumeur des ganglions ? On sait qu'à côté des lymphadénomes, il existe des *cancers primitifs des ganglions* qui, il est vrai, sont extrêmement rares.

Après avoir interrogé le malade avec beaucoup de soin, on finit par savoir qu'il a présenté, il y a trois ans, sur la partie médiane de la lèvre inférieure une petite ulcération qu'un médecin fit disparaître au bistouri. On retombe donc dans le cas classique. Cette tumeur de la lèvre était un petit épithélioma qui inquiéta peu le malade. A la suite de cette épithélioma, il y a eu des ganglions épithéliomateux ; on se trouve donc en présence d'un épithélioma secondaire de ganglions sous-maxillaires provenant d'un épithélioma de la lèvre inférieure.

Souvent, en effet, on voit de très petits épithéliomas soit de la lèvre inférieure, soit de la langue, auxquels on prête peu d'atten-

Digitized by Google

tion ; on les opère largement dès le début, mais on observe presque toujours des récidives déplorables. Evidemment il faut les opérer au début, mais même dans ces conditions, il faut s'attendre à des échecs. Ici il n'y a point eu de récidive locale ; on trouve sur la lèvre une petite cicatrice blanchâtre, souple ; la récidive a eu lieu dans la région du cou. On observe souvent la même marche du côté de l'utérus.

Il est évident que quand le malade a été opéré, il y avait déjà dans les vaisseaux des parcelles de cancer, qui ont été se loger dans le ganglion qui se trouve pris maintenant, ce qui se comprend parfaitement, étant donné que les ganglions sont des sortes de filtres qui retiennent les matières septiques.

M. Verneuil a eu une malade qui, après avoir été opérée d'un cancer de l'utérus, est morte six ans après l'opération.

Ici, le pronostic est extrêmement grave : l'épithélioma s'est diffusé dans toutes les parties voisines. On est tenté tout d'abord de ne pas opérer. D'un autre côté, le malade souffre horriblement, et, au point de vue matériel, il est possible d'enlever toutes les parties malades. C'est en somme une opération grave, difficile, mais qu'on doit faire même en prévoyant un résultat funeste.

On liera d'abord la carotide externe, puis on réséquera la mâchoire, et, avec le morceau de maxillaire qu'on aura enlevé, la tumeur s'en ira.

Il faudra, en outre, se préparer à la trachéotomie, pour que le malade n'étouffe pas si le sang pénétrait dans les voies respiratoires.—*Praticien.*

Traitement antiseptique des abcès par le Dr Lucas Championnière.—Avant d'ouvrir un abcès, quel qu'il soit, on lave avec soin la région à l'eau phéniquée forte :

Acide phénique cristallisé	50	grammes.
Glycérine.....	50 à 75	—
Eau.....	1.000	—

On se sert d'un bistouri plongé dans l'eau phéniquée ; on vide l'abcès, et on injecte dans sa cavité de la solution forte, en faisant en sorte que le liquide introduit puisse sortir librement. On dispose dans l'orifice un bout de tube de caoutchouc facile à extraire à l'aide d'un fil, et on couvre le tout d'un épais gâteau de charpie imprégné de la solution suivante :

Acide phénique cristallisé.....	25	grammes.
Glycérine	25	—
Eau	1.000	—

Le pansement est couvert à son tour d'une feuille de taffetas gommé, convenablement fixée.—Au bout de 24 heures, on retire

Digitized by Google

le tube pour le laver et le raccourcir et on le recouvre d'un autre gâteau de charpie, imprégné d'eau phéniquée faible.—Grâce à ce mode de pansement, la suppuration est moindre, la rougeur de la plaie insignifiante, et la cicatrice moins apparente. Il est particulièrement applicable aux abcès du sein.—*Nice-médical.*

Décollement des ongles.—M. le docteur Durand étudie, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, une affection particulière des ongles, caractérisée par un décollement de la substance cornée, qui, sans altération appréciable, se détache complètement du derme sous-onguéal, mais conserve cependant ses adhérences normales avec la matrice de l'ongle et continue à croître comme un ongle sain. Chez la malade ainsi atteinte, âgée de vingt et un ans, l'affection a débuté, il y a trois ans, par le médius de la main droite et atteignit ensuite l'annulaire, l'index et le pouce droits et le médius gauche; tous les autres ongles sont sains; aux pieds, deux ongles ont été atteints.

Le décollement est précédé par la formation d'une tache grisâtre qui envahit toute la surface onguéale; puis l'ongle se soulève, s'écarte de plus en plus de son lit et l'intervalle qui le sépare est bientôt de quelques millimètres. Malgré ce décollement, la solidité de l'ongle sur la matrice n'est pas modifiée, il n'y a pas la moindre douleur, la croissance se fait comme pour les autres ongles; l'ongle lui-même ne présente pas d'altération marquée dans sa structure.

Il est difficile de trouver l'origine de cette lésion, qui présente quelque analogie avec l'affection syphilitique décrite par M. Fournier, sous le nom de décollement partiel. La syphilis ne paraît pourtant pas probable ici; il y a aussi là une grande différence avec le psoriasis et l'eczéma de l'ongle. M. Vénot a cependant fait remarquer, à ce sujet, avoir vu un cas exactement semblable pour lequel Bazin, consulté, avait porté le diagnostic d'eczéma des ongles; dans ce cas, les badigeonnages de teinture d'iode avaient produit une grande amélioraton.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

Hygiène de la femme enceinte, par le Dr. Golay—Toutes les femmes enceintes ont le même désir, celui de mettre au monde un bel enfant, et, cependant, il en est bien peu qui sachent prendre, pendant leur grossesse, les précautions nécessaires pour conserver leur propre santé, et mettre au monde un enfant aussi robuste que possible. Il n'est donc pas inutile de leur indiquer quelques règles hygiéniques qu'elles doivent suivre pour obtenir cet heureux résultat.

Digitized by Google

Quelques-unes ont la tendance, aussitôt qu'elles sont enceintes, à se traiter comme des malades, et à rester couchées une grande partie de la journée. Cette manière de faire produit les résultats les plus défavorables sur leur santé, car elle les affaiblit, les étiole, alors qu'il y aurait tout intérêt pour elles à conserver et à entretenir leurs forces. La femme enceinte doit se donner du mouvement dans sa maison, et sortir tous les jours que le temps le permet. Les promenades doivent être faites de préférence à pied, et, si c'est en voiture, dans une calèche douce et sur des routes non cahoteuses. La femme enceinte ne doit se coucher dans le jour que lorsqu'elle se sent réellement fatiguée et qu'elle a besoin d'un peu de repos.

Si un exercice modéré est utile aux femmes enceintes de la classe aisée des grandes villes, par contre les mouvements brusques et saccadés, la fatigue et les exercices violents leur sont toujours nuisibles. Elles doivent éviter les voyages, éviter de monter à cheval, de courir, de danser, de faire tout travail fatigant et qui exige l'élévation des bras, de monter sur une chaise ou sur une échelle, et surtout de sauter, de soulever ou de porter des fardeaux.

La respiration d'un air pur est nécessaire à la femme enceinte. Aussi devra-t-elle, à défaut de la campagne, habiter, si possible, une maison bien exposée, et tenir les fenêtres ouvertes toutes les fois que le temps le permet. Elle devra éviter les bals et les spectacles, où règne une trop grande chaleur, et où l'air est vicié par l'encombrement d'un trop grand nombre de personnes.

Les vêtements de la femme enceinte doivent être assez larges pour ne pas gêner l'ampliation du ventre: les corsets-cuirasses, et tous ceux garnis de baleines rigides, doivent être sévérement proscrits : celle qui, en raison du volume de ses seins, ne peut se passer de corset, doit réduire cet article de toilette à sa plus simple expression. Les jarretières doivent être complètement abandonnées; les bas doivent être supportés par des élastiques s'attachant à la taille.

La femme enceinte doit manger à son appétit, mais ne jamais surcharger son estomac.

Tant que ses digestions sont bonnes, elle ne doit rien changer à son régime habituel : elle doit faire le même nombre de repas, et les composer comme de coutume, à moins que des dégoûts, des nausées ou des vomissements la forcent à laisser de côté certains aliments qui ne lui conviennent pas. Elle fera cependant bien d'éviter les aliments trop épicés, et de n'user qu'avec modération des boissons alcooliques ou excitantes, telles que le vin, le café, le thé.

La femme enceinte doit s'abstenir de prendre des bains fréquents et prolongés dans les premiers mois de la grossesse. Elle doit les remplacer par des lavages sur tout le corps avec une éponge imbibée d'eau tiède, ou ne prendre que des bains très courts, tièdes,

Digitized by Google

et n'y séjourner qu'une dizaine de minutes. Les bains trop chauds, les bains froids, et surtout les douches froides, doivent être soigneusement évités ; il en est de même des bains de pieds chauds. Après le quatrième mois, les bains ne présentent plus de dangers, et il y a même avantage, vers la fin de la grossesse, à les multiplier, car ils favorisent l'accouchement, en augmentant la souplesse des parties génitales externes.

La femme enceinte doit éviter les impressions morales vives : la frayeur, la colère, la joie trop grande, les chagrins, les fortes émotions du cœur ont parfois été la cause d'avortements et d'accouchements prématurés. Ce qui convient à la femme enceinte, c'est, avant tout, la vie douce et tranquille de la famille.—*Hygiène pratique.*

Présentation de l'épaule répétée treize fois chez la même femme.—Les présentations de l'épaule sont relativement rares, mais ce qu'il l'est plus encore c'est de voir ce genre de présentation se répéter un très grand nombre de fois, ainsi que l'a observé M. le docteur EUSTACHE (de Lille), chez une femme dont il rapporte l'histoire, dans les *Nouvelles archives d'obstétrique.*

D'après M. Polaillon, cependant Jéry a publié l'histoire d'une femme chez laquelle l'enfant s'est présenté par le bras dans neuf accouchements successifs.

Tarnier rapporte que Danyau a observé plusieurs cas dans lesquels l'épaule se présenta chez la même femme dans cinq ou neuf accouchements et ajoute avoir observé un fait semblable à la Maternité de Paris.

Dans le cas de M. Eustache, il y eut treize présentations de l'épaule. Chez cette femme un premier accouchement se fit par la tête, mais il fut pénible et s'accompagna d'une déchirure considérable du côté du col utérin. Après ce premier accouchement il en survint treize autres et treize fois on dut faire la version.

L'explication de ces cas est difficile à donner. Tandis que dans les cas accidentels ou fortuits on peut invoquer dans l'étiologie des présentations de l'épaule, l'absence ou le dérangement des facteurs de l'accommodation, petitesse du fœtus, hydropisie de l'amnios, grossesses gemellaires, bassin vicié, laxité normale de la paroi utérine ou abdominale, etc., il est difficile d'admettre l'efficacité réelle de causes purement contingentes, quand le fait d'une présentation transversale se reproduit d'une façon permanente. Aussi M. Eustache ne voit qu'une étiologie à invoquer ici, c'est le relâchement des parois utérines et des parties fibro-musculaires qui lient l'utérus à l'entrée du bassin, relâchement qui trouverait sa cause première dans l'énorme déchirure latérale gauche qu'a subie le col, lors du premier accouchement en présentation du sommet. Aussi, si cette femme était plus jeune, y aurait-il peut-être lieu de lui pratiquer la trachélorraphie, comme moyen pro-

Digitized by Google

phylactique de nouvelles présentations du tronc.—*Journal de médecine pratique.*

Le symptome de Hégar.—Les signes les plus certains de la grossesse dans les premiers trois mois se trouvent dans les changements de grosseur, de forme et de consistance que subit le corps de l'utérus. Ces altérations sont les conséquences naturelles du développements de l'œuf dans la cavité uterine. A mesure que celui-ci évolue le corps de la matrice s'arrondit et la paroi antérieure bombe d'une manière prononcée. Après quatre ou six semaines de développement ce segment de l'utérus acquiert perceptiblement l'élasticité caractéristique d'un contenu liquide. Au toucher exercé, ce ballonnement du segment inférieur de l'utérus et surtout de la paroi antérieure accompagné de cette élasticité spéciale sont suffisants pour faire reconnaître dans beaucoup de cas une grossesse de quatre à six semaines.

A ces renseignements importants Hégar en ajoute un autre qui porte son nom et qui est constitué par le ramollissement et l'amincissement de cette partie de l'utérus situé immédiatement au-dessus du col utérin. Ce symptôme s'obtient par le toucher rectal et vaginal combinés, l'index dans le rectum, le pouce dans le vagin ; un lavement et un anesthésique peuvent en faciliter la recherche.—*Brooklyn Medical Journal.*

Septicémie puerpérale—Le docteur A. WIGGLESWORTH rapporte trois cas de septicémie puerpérale dans lesquels il prouve que le germe infectieux est pénétré dans le système par d'autres voies que la voie génitale. Dans le premier cas les symptômes sont survenues le cinquième jour et un examen minutieux fit mettre en cause l'état déplorable des égouts. Le second cas a été attribué à des odeurs provenant de vidanges. Le troisième cas est survenu la troisième semaine lors du nettoyage d'une vacherie infecte.—*Medical Press.*

Traitement de la vaginite aigue.—Les inflammations de la muqueuse du vagin peuvent être combattues par un certain nombre de moyens, qui varient suivant la période de la maladie et suivant sa nature et son intensité.

On a cherché, comme pour la blennorragie chez l'homme, à faire avorter la vaginite blennorragique. Malgré les succès signalés par Becquerel et par quelques auteurs, cette pratique a été presque unanimement rejetée car bien souvent les cautérisations n'atteignaient pas tous les points malades et, d'autre part, elles avaient pour conséquence d'augmenter les douleurs ou les sécrétions.

Au début, quand les symptômes de l'inflammation sont très accusés il faut avoir recours à la médication émolliente. *Différents systèmes de balnéation* s'imposent donc ; on prescrira soit les bains

Digitized by Google

de siège tièdes additionnés d'une décoction de racine de guimauve et d'une solution antiseptique, soit les bains généraux, bains de son, d'amidon, etc., bains médicamenteux que l'on ne craindra pas de prolonger et de répéter chaque jour. Comme la cavité vaginale n'est en réalité qu'une cavité virtuelle, normalement close par l'accollement de ses parois, si l'on veut tirer quelque profit des bains il est nécessaire de maintenir écartées les parois vaginales ; c'est ce qu'on obtiendra par l'introduction d'une grosse canule en caoutchouc munie de larges orifices.

Si la vulve participe à l'inflammation et est le siège de vives douleurs, on modère ces accidents en isolant les parties malades et en appliquant sur la région périnéale et sur le bas-ventre des compresses imbibées d'une décoction tiède émolliente, que l'on renouvelle fréquemment ; en pareil cas, il est souvent bon d'avoir recours à l'usage des lavements laudanisés ou des suppositoires belladonés et opiacés.

A ces différents moyens, on peut ajouter avec avantage l'emploi des *injections* aussitôt qu'on peut les utiliser. Elles doivent être pratiquées soit avec l'irrigateur à boule de caoutchouc, soit avec l'injecteur système d'Esmarck, en prenant certaines précautions, de telle sorte que la canule droite, que nous préférons à la canule recourbée, n'aille pas blesser le col de l'utérus, soit par son extrémité, soit en permettant au liquide de venir le frapper trop vivement. Toutefois, il faut avoir soin de l'introduire assez profondément, pour que la cavité entière soit bien nettoyée.

Les liquides que l'on emploie pour ces injections sont ordinairement des décoctions ou des solutions astringentes, dont on fait usage trois fois par jour en commençant par des doses faibles d'abord, et en augmentant progressivement suivant la tolérance des parties. Les solutions d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, d'acide borique, de tannin, de sublimé, trouvent ici leur emploi. L'acide picrique [50 centigr. pour 1,000 gr. d'eau] et le coaltar saponiné en émulsion au cinquième donnent également de très bons résultats. Toutefois, bien que les malades prennent soin de maintenir le bassin élevé et de conserver quelque temps l'injection, il est de nombreux cas où la guérison est lente à s'effectuer ; aussi a-t-on recommandé d'agir plus activement. C'est ainsi que quelques auteurs, lorsque l'inflammation a perdu de son activité, et dès que la muqueuse vaginale peut tolérer l'introduction de corps assez volumineux, donnent le conseil de la cautériser au nitrate d'argent ; pour cela, le spéculum introduit, on promène le crayon d'abord sur la surface du col et sur les culs-de-sac vaginaux, puis sur le reste de la muqueuse, à mesure que la sortie du spéculum la met à découvert. Cette cautérisation, qui doit être suivie d'une injection d'eau froide, est douloureuse et malheureusement ne réalise pas toujours les espérances qu'elle a fait concevoir.

Il est bien préférable d'avoir recours au tamponnement, qui permet d'isoler entièrement les surfaces malades.

Digitized by Google

Voici comment on le pratique : Lorsque le spéculum est en place, on remplit la cavité vaginale de boulettes de gaze antiseptique, roulées dans quelque poudre astringente, tannin, alun, etc., et par dessus les dernières boulettes, placées à mesure que l'on retire l'instrument, on applique un grop tampon de ouate, qui maintient le tout à demeure. Toutes les 24 heures, ce pansement est renouvelé, après plusieurs injections faites *largâ manu.*

Dans le cas où l'introduction du spéculum serait trop douloureuse on peut avec grand avantage se servir des appareils [porte-tampon, etc.], de Delisle, de Chéron, de Terrillon, qui permettent l'auto-introduction de sachets de pommades ou de poudres médicamenteuses.

Sous l'influence de cette médication, à laquelle s'ajoute un traitement général, en rapport avec l'état constitutionnel, la maladie est guérie dans un laps de temps qu'on peut évaluer en moyenne à 25 jours. Dans le cas où les accidents persistent, on doit rechercher s'il n'existe pas de granulations ou des ulcérations, qu'il faut traiter par la cautérisation. Enfin si la maladie passe à l'état chronique, les mêmes moyens sont encore applicables, mais à la condition qu'ils soient plus énergiques.—*Bulletin médical.*

Traitement de l'endométrite.—M. Dumontpallier considère le chlorure de zinc comme le meilleur modificateur de l'endométrite chronique ; restait à trouver un procédé d'application qui pût agir également sur tous les élements de la muqueuse, assez puissamment pour détruire uniformément les fongosités vasculaires et assez profondément pour atteindre les culs de sacs glandulaires qui sont le refuge de l'inflammation muco-purulente, quelle qu'en soit la nature. M. Dumontpallier a adopté la pâte de Canquoin. Il introduit dans la cavité utérine et y laisse à demeure des crayons de pâte de Canquoin. Il importe des crayons parfaitement homogènes dans toute leur masse, afin d'obtenir une eschare égale en épaisseur dans toutes ses parties. Si, après la cautérisation, la douleur est très vive, on pratique une injection hypodermique de morphine.

L'auteur a aujourd'hui plus de 120 observations d'endométrites chroniques, muco-purulentes, pyohémorrhagiques, hémorrhagiques, traitées exclusivement par les crayons de chlorure de zinc laissés à demeure dans la cavité utérine et cela avec plein succès.

Voici comment il procède. D'abord la cavité vaginale est lavée largement avec une solution phéniquée au centième ou avec la liqueur de Van Swieten. La cavité utérine est mesurée avec une bougie en gomme enduite de glycérine et d'iodoforme. Alors on introduit un crayon de chlorure de zinc approprié aux mesures de chaque cas particulier, et de manière que, son extrémité supérieur venant toucher le fond de la cavité utérine, son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col.

Digitized by Google

Après avoir lavé de nouveau la cavité vaginale, pour enlever toute parcelle de caustique, on place un tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur et on soutient le crayon avec un tampon entouré de gaze iodoformée. Dès que le caustique commence à agir, la contraction utérine le fixe d'une manière définitive.

Dans l'endométrite hémorragique, quelles que fussent son ancienneté et sa gravité, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt après l'introduction du caustique. Dans les formes muco-purulentes et pyohémorrhagiques l'écoulement a été immédiatement suspendu.

La douleur est variable ; tantôt elle se produit aussitôt après l'application du caustique, tantôt seulement deux heures plus tard. Son intensité varie ainsi que sa durée ; elle affecte en général la forme de coliques utérines avec irradiation lombaires. Toujours elle a disparu au bout de 24 heures. Dans quelques cas et avec des eschares assez profondes la douleur manque complètement.

La présence du bâton de chlorure de zinc dans l'utérus ne provoque aucun accident général ; il y a cependant souvent de l'insomnie la première nuit. On observe, dans bon nombre de cas, de la rétention d'urine soit d'origine réflexe, soit due à la compression exercée par le tampon vaginal. Mais dans tous ces cas le cathétérisme ou l'enlèvement du tampon fait cesser ce léger incident.

Aussitôt l'eschare formée, c'est-à-dire 24 à 36 heures après la cautérisation, la malade, sans aucun phénomène général, commence à perdre de la sérosité, puis du muco-pus. Très rarement ce liquide est de coloration rosée ; jamais d'hémorrhagie. Les quelques coliques utérines qu'on observe, sont toujours fort légères.

L'eschare est rejetée au bout d'un temps qui varie de 4 à 13 jours, mais jamais, passé ce dernier délai, je n'en ai vu la moindre portion rester dans l'utérus. Cette eschare est rejetée, tantôt d'une seule masse, tantôt par portions. L'eschare, quand elle est rejetée à une époque rapprochée de la cautérisation, reproduit très exactement la forme et les dimensions de la cavité utérine ; elle est souvent plus épaisse au niveau de l'orifice interne du col, plus mince vers le fond de la cavité.

On trouve dans l'eschare toutes les parties constituant la paroi de la cavité utérine ; on pourrait dire que toutes les parties malades ont été enlevées, que des éléments nouveaux vont reconstituer la paroi. La guérison est presque forcée en semblable circonstance.

Sur 100 cas, M. Dumontpallier a observé 96 guérisons sans accidents et 4 cas d'inflammation péri-utérine, du reste de nature bénigne, et terminés heureusement. Dans trois cas, ils étaient dus à ce que les malades avaient quitté leur lit le jour même de la cautérisation ; dans le quatrième, l'introduction du crayon avait été mal faite.

Digitized by Google

La cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc ne détermine donc pas de complication si les malades sont dociles, si l'opérateur est prudent dans l'application du procédé.

Dans plusieurs cas où, en même temps que l'endométrite, existait une phlegmasie péri-utérine, non seulement la cautérisation n'a pas été funeste, mais encore elle paraît avoir influencé avantageusement la marche de la complication péri-utérine.

La guérison peut être considérée comme définitive du 9e au 15e jour, c'est-à-dire deux jours après la chute de l'eschare.

Les règles sont revenues dans plusieurs cas avant que les malades quittassent l'hôpital. M. Dumontpallier a vérifié, par le cathétérisme, l'intégrité de la cavité cervico-utérine. Il n'a pas vu se produire d'atrésie du col, mais dans la crainte qu'elle ne survienne, on peut toujours pratiquer le cathétérisme préventif 20 à 25 jours après la cautérisation.

La menstruation post-opératoire n'a pas été douloureuse et a eu une durée normale. Jamais il n'y a eu de signes de salpingo-ovarite.

Quatre des malades de M. Dumontpallier ont présenté, depuis leur cautérisation. les symptômes du début de la grossesse.

Sa conclusion est donc que le traitement de l'endométrite chronique, au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages et cela par sa simplicité, son innocuité et la rapidité de la guérison.—*Concours médical.*

Le traitement de la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées, par M. le Dr. Potherat.—Prosecteur à la faculté de médecine de Paris.—Quoique bien plus fréquente avant l'avènement de l'antisepsie, la lymphangite n'a été connue en tant qu'entité morbide que, depuis 1839, époque où M. Sappey fit connaître les lymphatiques du sein, et créa le terme de lymphangite.

La connaissance de ces deux réseaux, l'un superficiel, l'autre profond, *périlobulaire*, communiquant ensemble pour aboutir finalement aux ganglions de l'aisselle, jetait sur ce chapitre de la pathologie du sein une lumière absolument nouvelle et vive. Cependant l'étude clinique était restée incomplète, et il faut venir plus près de nous pour trouver dans les auteurs et parmi eux, nous pouvons classer M. Halling, des notions plus précises, plus complètes. Enfin le traitement a été très avantageusement modifié par l'avènement de la méthode antiseptique.

Les symtômes bien connus de tuméfaction et d'œdème du sein, œdème du mamelon, dilatation veineuse, traînées rougeâtres, engorgement ganglionnaire rendent le diagnostic ordinairement très facile.

Le pronostic est toujours sérieux ; la fréquence des abcès du sein consécutifs à la lymphangite, les troubles que cette affection apporte à l'allaitement, l'altération sérieuse de la santé de la mère,

Digitized by Google

troublant celle du nourrisson, sont autant de conditions qui doivent intéresser le praticien et l'amener à rechercher attentivement les *causes* de la lymphangite pour la prévenir, et le *traitement le meilleur* pour la guérir rapidement lorsqu'elle existe.

La lymphangite est une inflammation ; toute inflammation suppose l'introduction d'un agent pathogène, et par suite une porte d'entrée à cet agent. Où est la porte d'entrée dans la lymphangite du sein ? Elle est dans ces altérations diverses du mamelon : érosions fissures, crevasses, etc., s'accompagnant de solution de continuité de l'épiderme, de mise à nu des papilles, et connus sous le terme habituel de gerçure du mamelon. La gerçure, voilà ce qui domine l'étiologie de la lymphangite ; tous les auteurs l'ont remarqué, ils n'en comprenaient pas comme nous toute la valeur, il y a 40 ans, ou même 10 à 15 ans ; cela se conçoit ; bien des éléments d'appréciation leur manquaient que nous possédons. Depuis 15 ans les admirables découvertes de Pasteur ont singulièrement fructifié.

Donc la gerçure précède la lymphangite du sein ; elle n'en est pas la cause directe, elle en est l'occasion ; c'est la porte qui ouvrira la voie à l'agent infectieux. Par suite, il est bien facile de concevoir et de poser les indications du traitement préventif ; il faut prévenir la formation des gerçures ; lorsque celles-ci existent, il faut hâter leur guérison, et éviter pendant tout le temps qu'elles persisteront qu'elles ne s'infectent.

Prévenir la gerçure, c'est avant l'accouchement préparer le mamelon à l'allaitement ; c'est pendant l'allaitement éviter l'exposition du mamelon à l'air, c'est le laver soigneusement après chaque têtée.

Si malgré tous les soins de cette nature la gerçure survient, ou si elle s'est constituée en l'absence de tout soin, il faut d'une part hâter sa guérison, de l'autre prévenir l'infection. Quel est le traitement de la gerçure ? Bien des traitements ou plutôt bien des topiques ont été vantés : onctions avec le baume de cacao, avec l'huile d'amandes douces, avec le cérat simple, le beurre frais ; application de compresses imbibées de vin sucré. On a préconisé aussi les onctions avec le glycérolé d'amidon au tanin. Nous ne nous en tenons pas à discuter la valeur de ces différents topiques, encore employés plus ou moins fréquemment, nous croyons qu'il vaut mieux leur substituer le traitement suivant. Après la têtée, lavage soigneux du mamelon et de la région circonvoisine avec une solution tiède d'acide borique à 4%, puis application jusqu'à la têtée suivante de compresses imbibées de la même solution et recouvertes d'un taffetas gommé. Comme corps gras, j'estime que le meilleur à employer est la *vaseline simple* ou mieux la vaseline boriquée ; ce corps a l'avantage de ne pas s'altérer et d'être très facile à enlever. Il est entendu qu'avant la têtée le mamelon aura été soigneusement lavé.

Digitized by Google

Une question se pose ici : faut-il cesser l'allaitement ainsi que l'affirment certains praticiens ? Nous ne le pensons pas, indépendamment des difficultés que peut rencontrer cette cessation, on peut en faisant appel à un bout de sein artificiel (tenu de la plus rigoureuse propreté) obvier aux inconvénients et aux douleurs de l'allaitement. Mais considérons maintenant le cas où la lymphangite existe sans qu'il y ait d'abcès. Que faire alors? Nous croyons que la compression du sein est le traitement de choix ; M. Hœlling la préconise ; nous l'avons vu dans plus d'un cas donner des résultats vraiment admirables, inespérés. Comment doit-on la faire ? On a conseillé de la faire avec l'écharpe triangulaire qui relève et comprime le sein. Nous préférons à ce mode, la compression ouatée bien faite ; elle est plus exacte, plus régulière, plus facile ; partant plus efficace. Ainsi effectuée, elle peut amener la guérison dans des cas où la haute température, les frissons, l'odeur indiquent une suppuration imminente.

Enfin cette suppuration peut survenir ? Quelle conduite tenir en présence de cet abcès du sein ? Beaucoup de praticiens ont émis l'avis qu'il fallait appliquer des cataplasmes et attendre l'ouverture spontanée. Ils rejettent l'incision qu'ils accusent de provoquer une hémorrhagie, d'amener une cicatrice irrégulière, d'exposer à l'érysipèle, même de créer des conditions favorables à l'éclosion d'une lymphangite ultérieure. Nous ne saurions pour notre part accepter cette manière de voir : en fait de cataplasme nous n'acceptons que le cataplasme antiseptique, c'est-à-dire l'application de compresses imbibées de solutions antiseptiques ; en outre s'il y a abcès, nous estimons qu'il faut le plus tôt possible donner issue au pus ; car le danger d'hémorrhagie n'est pas sérieux ; la cicatrice sera certainement moins défectueuse après l'incision faite suivant certaines règles qu'après l'ouverture spontanée ; quant au danger d'érysipèle et de lymphangite ultérieure, il appartient au chirurgien et au praticien qu'il ne soit qu'illusoire en s'entourant des plus rigoureuses précautions antiseptiques. Ce sont des accidents de plus en plus rares aujourd'hui.

PÆDIATRIE.

Durée du sommeil chez l'enfant, par le docteur POLLOCK.— **Pendant ses deux premiers mois, un enfant en santé dort la plus grande partie du temps. Au-delà de cet âge, il lui faut au moins deux heures de sommeil dans l'avant-midi, et une heure dans l'après-midi ; il est facile de l'accoutumer à cette habitude. Jusqu'à quatre ou cinq ans l'enfant a besoin d'une heure de sommeil, ou au moins**

Digitized by Google

de repos avant le diner. Il doit être mis au lit vers sept heures afin d'avoir douze ou quatorze heures de sommeil. Jusqu'à quinze ans, à la plupart des jeunes gens il faut dix heures de sommeil, et jusqu'à vingt ans, neuf heures. Huit heures de sommeil préviendraient chez une femme plus de dérangements nerveux qu'aucun médicament n'en peut guérir. Durant la croissance, si l'on veut que le cerveau arrive à son entier développement, il faut un sommeil suffisant. Plus l'enfant est nerveux, irritable ou précoce, plus la durée du sommeil doit être longue si l'on ne veut pas que son développement intellectuel s'arrête prématurément ou que l'enfant succombe en bas âge.—*Cincinnati Clinic-Lancet.*

Les injections rectales de glycérine dans le traitement de la diarrhée et la chute du rectum chez les enfants, par le docteur G. Rice.—L'auteur reconnaît les bons effets de la glycérine dans la constipation, et maintenant met en évidence son efficacité contre la diarrhée. Chez un premier petit malade âgé de quatre ans, les selles étaient très fréquentes, fétides et contenaient parfois du sang; elles étaient accompagnées d'un prolapsus du rectum; l'enfant était très faible et maigrissait beaucoup. Différentes médications étaient restées sans résultats: alors on fit une injection rectale de deux drachmes de glycérine. La diarrhée diminua de sitôt; deux jours plus tard une seconde injection la fit cesser complètement. Une troisième injection maîtrisa le prolapsus. La diète pendant ce temps se composa de lait bouilli et refroidi, de thé de bœuf froid et de vin d'oporto.—Un second cas semblable fut guéri après la seconde injection, aucune autre médication n'ayant été employée. Après le relevé de plusieurs autres cas le docteur conclut: j'ai trouvé dans la glycérine un remède très efficace contre la diarrhée des enfants accompagnée de prolapsus; les injections se font aisément, ne semblent produire ni douleur, ni malaise et leur action bienfaitrice est prompte et efficace.—*Practitioner.*

Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.—1° D'avec la fièvre typhoïde.—Cette fièvre au début peut suggérer une méningite en raison de la céphalalgie du vomissement et de la constipation. La méningite se différencie par le strabisme, l'inégalité des pupilles, la pâleur et la rougeur alternatives de la figure, les changements dans le rythme de la respiration et l'intermittence du pouls. Après le huitième jour, dans la fièvre typhoïde, le ventre se ballonne et on y constate la présence des taches lenticulaires; dans la méningite le ventre est creusé et on n'y voit pas de taches.

2° D'avec la pneumonie.—Au début des deux maladies il y a de la céphalalgie, de l'agitation nocturne, des convulsions ou des mouvements convulsifs, de l'abattement et du vomissement. Mais

Digitized by Google

dans vingt-quatre heures au plus, la respiration devient accélérée dans la pneumonie, et on pourra constater de la sous-matité et la diminution du murmure vésiculaire ; la température atteint rapidement 102½°, 103° et le pouls 140 à 160. Dans la méningite on ne retrouve aucun de ces phénomènes ; la température se maintient au-dessous de 102° et il n'y a pas de relation fixe entre elle et le pouls.

3° D'avec les fièvres éruptives.—Au début de ces fièvres, les phénomènes de congestion cérébrale obscurcissent le diagnostic. L'angine cependant de la scarlatine et de la rougeole mettront généralement sur la voie en dedans de vingt-quatre heures. Si l'angine ou une éruption manquent, le diagnostic sera difficile. Un début brusque n'est point caractéristique de méningite. Dans deux ou trois jours, le pouls, la température et le rythme respiratoire aideront. Le pouls de la méningite est irrégulier, intermittent, et n'affecte pas de rapports avec la température. Après huit jours les symptômes de la méningite sont généralement bien prononcés.

4° D'avec la sclérose cérébrale.—Au début de cette maladie il y a de la céphalalgie, de l'insomnie et des mouvements convulsifs. Ces symptômes se maintiennent pendant un ou deux jours, puis tout semble redevenir normal. Quelques mois plus tard ils se renouvellent avec plus d'intensité ; les vomissements augmentent de fréquence, la langue devient saburrale et il y a de la constipation.—*Archives of Pediatrics.*

Les yeux des bébés.—Un journal américain rappelle le peu de protection qu'offrent nos voitures d'enfants contre l'action directe du soleil sur les yeux encore délicats de ceux-ci. Dans nos jardins et parcs on est souvent témoins de la véracité de cette remarque. Avis aux mères.

Traitement de la coqueluche.—Au cours d'une épidémie de coqueluche au *Children's Hospital*, le docteur Lewis, après avoir essayé différents modes de traitement, dit avoir obtenu les meilleurs résultats avec la belladone—$\frac{1}{24}$ de grain, en moyenne chez un enfant de trois ans. Un fait remarquable a été l'insuccès de l'antipyrine, explicable, peut-être, par la mauvaise constitution des enfants qui étaient presque tous chétifs et souffrants de lésions osseuses variées, l'antipyrine convenant surtout aux sujets robustes. —*Medical Times.*

Contribution à l'etude de la turberculose dans l'enfance, par le professeur Demme.—(*Allgemeine Medicin. Centralzeitung*, 1889, n° 51).—L'auteur rapporte sept observations de tuberculose miliaire aiguë généralisée dont l'étiologie présente quelques particularités intéressantes.

Digitized by Google

La première de ces observations concerne un petit garçon âgé de 5 ans dont l'astragale et le scaphoïde gauches étaient envahis par un foyer caséeux. A la suite du grattage de ces lésions tuberculeuses, le malade présenta tout les signes d'une méningite tuberculeuse qui se termina rapidement par la mort L'autopsie permit de constater que presque tous les organes avaient été envahis par des tubercules miliaires. Le nombre de ces derniers était particulièrement considérable du côté des méninges.

Dans le second cas il s'agit d'une petite fille, née d'une mère tuberculeuse, qui mourut à l'âge de trois mois, avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse. A l'autopsie on trouva des tubercules miliaires en très grand nombre dans tous les organes thoraciques et abdominaux, tandis que les méninges n'avaient été envahies que par quelques productions tuberculeuses isolées. Le point de départ de la tuberculose miliaire avait été un ganglion bronchique caséeux du volume d'une noisette.

Le 3e cas de tuberculose miliaire fut observé chez un petit garçon âgé de 5 ans, immédiatement à la suite d'une rougeole de moyenne intensité. Le point de départ de l'infection tuberculeuse put être retrouvé dans les ganglions cervicaux qui avaient subi une hypertrophie considérable et un début de caséification dans le cours de la rougeole.

Dans le 4e cas, un jeune garçon âgé de 8 ans, fut atteint d'une parotidite qui s'accompagna d'une tuméfaction inflammatoire assez intense du testicule droit.

Cette orchite guérit rapidement, mais l'épididyme resta tuméfié, dur et douloureux à la pression. Au bout de quelques semaines l'enfant succomba à une tuberculose miliaire généralisée, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie. Suivant l'auteur il s'agissait d'une tuberculose primitive de l'épididyme qui se développa à la suite de l'orchite ourlienne et qui par la suite, constitua vraisemblablement le point de départ de l'infection générale.

Pour ce qui concerne les trois derniers cas, la tuberculose miliaire aiguë généralisée, n'a point eu comme point de départ un foyer tuberculeux périphérique, de faibles dimensions, comme dans les observations précédentes. Chez deux d'entre eux, elle s'est rattachée très nettement à une phtisie pulmonaire chronique et dans le dernier cas, son développement s'est confondu avec l'évolution d'une tuberculose mésentérique.

Relativement à la fréquence de la tuberculose chez les enfants, il résulte de la statistique établie par l'auteur, que sur un total de 58,927 enfants traités à l'hôpital, 2,420, c'est-à-dire 4,0 pour 100 ont été atteints de tuberculose.

Sur ces 2,420 cas de tuberculose, 87 c'est-à-dire 3,6 0/0 appartiennent à la tuberculose miliaire aiguë. Sur le total de 58,927 enfants admis à l'hôpital, la mortalité par la tuberculose miliaire, s'est élevée à 0,14 0/0.

Digitized by Google

La statistique établie par l'auteur apprend également que la tuberculose miliaire s'observe avec la plus grande fréquence à partir de la 2e jusqu'à la 4e année. Sur les 87 malades, 47 étaient des garçons et 40 des filles. Dans 48 cas la tuberculose miliaire aiguë eut son point de départ dans une tuberculose viscérale primitive : 38 fois, le processus se développa d'un foyer primitif périphérique.

Quant aux symptômes cliniques de la tuberculose miliaire aiguë généralisée, dans l'enfance, ils prennent le caractère de la méningite tuberculeuse. Sur les 87 cas, les méninges étaient restées indemnes 4 fois seulement. C'est habituellement sur l'arachnoïde que les tubercules miliaires s'observent en plus grand nombre.

Traitement des affections bulleuses de la peau, en particulier chez les enfants, par le Dr L. Duncan Bulkley, dans le *N. Y. Med. Journal* du 13 avril 1889.—L'arsenic a rendu de signalés services à l'auteur dans un grand nombre de cas chez les malades de tout âge. Cette pratique est applicable à l'enfance. Les enfants supportent admirablement bien l'arsenic et l'auteur qui leur a administré largement ce médicament, aussi bien dans les affections bulleuses que dans l'eczéma, n'a jamais observé de phénomènes sérieux d'intoxication.

Généralement l'arsenic agit chez les enfants, d'abord comme purgatif ; on peut en général le donner sans crainte à doses progressives jusqu'à ce que l'effet purgatif soit obtenu, et alors on réduit un peu la dose qui est ainsi parfaitement supportée.

Il est souvent utile de seconder l'effet de l'arsenic par un régime ou une médication appropriée.

L'auteur a donné aussi comme adjuvants l'huile de ricin, les hypophosphites, le calomel de temps en temps, les alcalins, la rhubarbe avec le bicarbonate de soude, l'arsenic encore mais associé au fer pour l'effet tonique, mais, en somme, c'est toujours l'arsenic à doses relativement larges et fréquentes qui a eu raison de l'éruption. Quant à son mode d'action il est absolument inconnu.

La préparation employée dans tous les cas a été l'arsénite de potasse ou l'arsénite de soude en solution. On fera bien pour l'administration de diluer encore cette solution dans une quantité d'eau équivalent au tiers d'un verre. L'eau de Vichy, d'ailleurs indiquée par des affections bulleuses, convient parfaitement pour cette dilution. Le médicament sera bien administré toutes les deux heures.

De l'ascite aigue chez les enfants, d'après une leçon de M. le professeur agrégé Rondot publiée dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*.—Il y a dans la science un certain nombre d'observations d'ascite survenue brusquement chez l'enfant, et coïncidant quelquefois avec de la fièvre, des douleurs de ventre et

Digitized by Google

même des vomissements et simulant le tableau symptomatique de la péritonite aiguë franche, généralement à la suite d'un refroidissement.

L'action brusque du froid chez les jeunes filles à l'époque de la menstruation peut donner lieu à un épanchement rapide de sérosité dans l'abdomen que Cruveilhier a signalé sous le nom d'*ascite des jeunes filles*.

On rencontre l'ascite, soit seule, soit associée à d'autres phénomènes œdémateux dans des états dyscrasiques comme l'impaludisme. Il n'est pas possible néanmoins d'admettre l'existence d'une ascite essentielle, car comme Besnier l'a écrit avec autorité dans son article *Ascite* du " Dictionnaire encyclopédique," il n'y a pas d'ascite qui ne soit sous la dépendance d'une cause dynamique ou matérielle.

Une exploration minutieuse et suivie des malades présentant les phénomènes de l'ascite aiguë prétendue essentielle, permettrait de rapporter cette affection à des modifications transitoires du système porte hépatique se traduisant par des lésions initiales de la cirrhose veineuse. D'autres ascites peuvent appartenir à des formes frustes du mal de Bright, comme dans le fait de Rilliet et Barthez où une guérison rapide après l'emploi de la chaleur et des diurétiques coïncida avec l'apparition de sueurs et d'urines abondantes, de diarrhée et d'expectoration séro-muqueuse.

Enfin M. Rondot possède une remarquable observation d'ascite aiguë d'origine maremmatique qui n'est pas rare à Bordeaux et disparaît avec la fièvre elle-même par l'administration du sulfate de quinine.

West a signalé aussi des ascites précédées de caractères rémittents et intermittents qui cèdent généralement à l'emploi de la médication quinique.

Il n'y a pas lieu de confondre avec les ascites celles qui sont sous la dépendance de la turberculose du péritoine et surviennent par l'influence du bacille d'une façon analogue aux pleurésies aiguës dans la bacillose pulmonaire.

Le pronostic de l'ascite infantile est en général, suivant Leudet, absolument favorable. Qu'elle soit primitive ou secondaire elle cède plus ou moins rapidement au repos, au régime et à un traitement qui variera selon qu'on devra supposer l'existence des lésions viscérales ou des troubles dyscrasiques.

Le calomel, à la dose de 0.10 centigrammes par jour en deux paquets, réussit dans la plupart des cas. M. Rondot préconise en plus dans le traitement de toutes les ascites la faradisation portant sur les muscles abdominaux dont l'inertie et l'atrophie surviennent promptement à la suite des épanchements ascitiques de l'enfance.

Digitized by Google

SYPHILIGRAPHIE

Syphilis et tuberculose; leur association.—Leçon clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Messieurs, je vous ai exposé dernièrement les signes qui permettent de distinguer la tuberculose pulmonaire de la syphilis du poumon, et je vous ai dit que la fièvre, si fréquente chez les tuberculeux, était très rare lors de l'envahissement du poumon par la vérole.

Cependant il y a des cas de syphilis à fièvre relativement intense presque autant que dans la phtisie.

C'est ainsi qu'une malade, que nous avons au n° 22, présente une température élevée qui, plusieurs fois, a atteint 40° le soir. Tantôt la fièvre est rémittente, tantôt d'apparence intermittente, car le thermomètre, certains jours, n'a marqué le matin que 37°. En l'auscultant avec soin, on trouve à la base gauche un peu de congestion pulmonaire qui se manifeste par la diminution du son au tiers inférieur et un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire.

Par exclusion, on est forcé d'arriver à penser à la fièvre de la syphilis secondaire. L'accident primitif est difficile à trouver, mais cela n'est pas rare chez la femme. En tout cas, entrée le 12 septembre, notre malade présentait des plaques muqueuses, et a, actuellement, de l'alopécie. C'est là tout, car il n'y a rien à la peau, et nous sommes forcés de rattacher la fièvre à la syphilis en l'absence de toute autre cause. Ceci n'a, du reste, rien d'exceptionnel.

Cette fièvre est rarement la cause d'embarras sérieux, car, dans la syphilis, les lésions pulmonaires sont tardives et se voient à la fin de la période secondaire ou dans la période tertiaire. A ce moment, la fièvre syphilitique est peu fréquente, car, habituellement, elle coïncide avec la roséole et les plaques muqueuses.

De tout ceci on peut conclure avec raison, que la fièvre est un bon signe différentiel entre la phtisie pulmonaire et la syphilis du poumon. Il faut y joindre la précence des bacilles dans le cas de tuberculose, d'accidents divers dans les cas de syphilis.

Malheureusement, quand il y a à la fois syphilis et certains signes de tuberculose peut-on dire que l'on n'est pas en présence d'un cas d'association ? Le fait n'est pas rare et forme la difficulté la plus grande dans la plupart des cas. Il faut alors se demander quelle part revient à chacun des deux facteurs, et c'est là une question capitale, car la tuberculose est beaucoup moins curable que la syphilis.

Digitized by Google

L'association est assez fréquente pour que quelques-uns aient pu dire que la plupart des accidents de syphilis pulmonaire n'étaient que de la tuberculose. Resterait alors, pour le diagnostic, l'influence du traitement. Nous verrons tout à l'heure dans quelle mesure on peut y avoir foi.

Etudions l'association de la tuberculose et de la syphilis.

Cette association peut se faire de deux façons : la syphilis survient chez un tuberculeux, un syphilitique devient phtisique; et c'est là le cas ardu, car rien n'est plus difficile que de savoir quand et comment on contracte la tuberculose.

Quand la syphilis apparaît chez un tuberculeux, elle aggrave la maladie en ce qu'elle est une cause de débilitation. L'aggravation peut encore résulter des symptômes surajoutés et de l'influence du traitement lui-même.

A l'appui, je vous rapporterai l'observation suivante : Un malade entra à Necker en septembre 1881. Il toussait depuis sa jeunesse et plusieurs de ses enfants étaient morts en bas âge d'accidents pouvant être rapportés à la tuberculose. Huit mois avant d'entrer à l'hôpital, il contracta la syphilis. Immédiatement les accidents s'aggravèrent et la diarrhée survint. A l'entrée, il existait des signes de phtisie des deux côtés, principalement à droite.

Dans ce cas donc, une tuberculose probable à marche très lente se transmettant aux enfants, prend une marche rapide dès que la syphilis apparaît.

La tuberculose, avons nous dit plus haut, apparaît dans le cours de la syphilis ; c'est là la seconde forme d'association.

La plupart du temps, c'est dans la période tertiaire que les accidents syphilitiques pulmonaires proprement dits se développent. C'est aussi à cette époque que la tuberculose se manifeste surtout, car elle est rare au début de la maladie. En réalité, dans le plus grand nombre des cas, quand la tuberculose survient dans la syphilis, elle ne se manifeste que tardivement. Quelquefois il y a des exemples ; je n'en connais que deux positifs, où les accidents pulmonaires surviennent dans la période secondaire, à la fin.

Une malade que j'ai observée à Necker, dont trois frères étaient morts de tuberculose pulmonaire, entra pour une hémiplégie gauche avec paralysie faciale droite. Antérieurement elle avait eu des éruptions cutanées qui avaient laissé des cicatrices caractéristiques. Le traitement spécifique amena la guérison en trois semaines, mais entraîna une stomatite très intense, de la perte des forces, de la diarrhée avec toux et fièvre. A gauche, il existait des signes de tuberculose avancée, et cette tuberculose était survenue à propos de la syphilis. La malade quitta l'hôpital améliorée.

Il n'y a pas à s'étonner beaucoup de ce que la syphilis puisse donner lieu à des gommes pulmonaires à une période peu avancée, puisqu'il est facile de voir des cas précoces de gommes cutanées.

Digitized by Google

Notons encore que le traitement spécifique, quand il est mal supporté, joue un rôle dans le développement de la phtisie.

Cela ne veut pas dire que la syphilis ne puisse pas provoquer la tuberculose, bien loin de là. Elle agit de deux façons : comme cause occasionnelle, comme cause prédisposante.

Tout à l'heure, nous l'avons vue occasionnelle dans les deux observations que j'ai rapportées.

Voici maintenant un cas dans lequel elle a agi en prédisposant à la phtisie. Une malade de 21 ans, entrée à Necker en septembre 1883, était devenue tuberculeuse sans cause appréciable, bien qu'elle fût prédisposée, car son père était mort en trois mois d'une phtisie probable. Deux ans auparavant, elle avait eu un chancre de la lèvre inférieure qui avait été suivi de mal de gorge et de syphilides diverses. Quelque temps avant l'entrée était survenue une poussée nouvelle, en même temps que la tuberculose apparaissait et devenait rapidement menaçante. Nous lui trouvâmes ces signes manifestes du deuxième degré. Malgré cela, il survint une amélioration assez notable pour que la malade ait pu quitter l'hôpital.

La syphilis peut provoquer la tuberculose en agissant sur les bronches et le larynx. Cela est rendu probable par ce fait qu'il existe à la période secondaire des cas de bronchites sans cause appréciable que l'on a considérés comme de la syphilis des bronches. D'autre part, chez certains malades, l'affection commence par le larynx et on y trouve la syphilis, tandis que plus tard se développe la tuberculose pulmonaire. Il y a donc là comme une sorte d'appel.

Lorsque la syphilis envahit le poumon, elle semble devenir une cause de fixation des bacilles. En voici un exemple : En 1884, entrait à l'hôpital un malade âgé de 42 ans, sans hérédité tuberculeuse et ayant eu cinq enfants, dont quatre étaient morts en bas âge. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il contracta une syphilis qui entraîna des accidents caractéristiques. Quelque temps après, il se développa à la base du cou une tumeur qui suppura. Le malade se mit à tousser, expectora à plusieurs reprises quelques filets de sang, puis fut pris d'une grande gêne de la respiration en même temps que les crachats devenaient mucopurulents. Bientôt survint de la fièvre, les forces se perdirent et l'amaigrissement devint considérable.

A l'entrée, on trouve une exostose du radius et des ulcérations du voile du palais. Les signes de la phtisie existaient des deux côtés, prédominant à gauche. Le malade, après un court séjour à l'hôpital, mourut un peu rapidement.

A l'autopsie, on trouva à la fois des signes nets de tuberculose et des signes nets de syphilis. A gauche, il y avait des adhérences de la plèvre, de la pneumonie chronique du sommet, et surtout des tubercules miliaires caractéristiques, quelques-uns étant déjà

Digitized by Google

caséeux. Ils s'étendaient, du reste, à une grande partie du poumon. A droite se trouvaient deux cavernules de la grosseur d'une petite noisette et de petits tubercules miliaires.

La syphilis revendiquait pour sa part, dans les régions inférieures des poumons, des parties devenues dures, blanc rosé et atteintes de la lésion que l'on a appelée pneumonie blanche, et qui ne se voit jamais dans la tuberculose. On retrouvait, du reste, encore la syphilis dans les os. Il y avait donc à la fois dans les poumons des manifestations tuberculeuses et des manifestations syphilitiques, les premières siégeant au sommet et les deuxièmes à la base.

Les lésions tuberculeuses contenaient des bacilles. Mais ce qui est très intéressant, c'est qu'ils n'existaient pas inférieurement, sauf dans quelques points où ils avaient déjà élu domicile au niveau de la pneumonie blanche.

Localement donc, la lésion syphilitique préparait la fixation, l'extension de la phtisie existant déjà en servant de lieu d'appel. C'est dire qu'un tuberculeux, devenant syphilitique, verra sa maladie s'exagérer.

Il y a des cas rares où la syphilis a réellement préparé le terrain à la tuberculose. On peut d'ailleurs se demander bien souvent s'il n'y a pas eu seulement exaspération de la maladie préexistante.

Un malade de 42 ans avait eu la syphilis à 26 ans. Après les accidents habituels, il ne se produisit rien pendant quatorze ans. Puis sa femme devint phtisique et, après la mort de cette dernière, il dut lui même entrer à l'hôpital pour des accidents de faiblesse, d'amaigrissement, de toux, etc. Il y avait destruction complète des deux cordes vocales. Sous l'influence de la médication antisyphilitique, les accidents rétrocédèrent un peu, puis devinrent de de nouveau intenses et emportèrent le malade. A l'autopsie, on trouva, comme chez le malade dont je vous ai tout à l'heure rapporté l'observation, des lésions manifestement tuberculeuses au sommet et de la pneumonie interstitielle grise à la partie postéro-inférieure. Cet homme ne paraissait pas prédisposé à la tuberculose et paraît être victime de transmission directe.

On peut, chez des tuberculeux phtisiques, arrêter les accidents; il ne faudrait pas en conclure que ces derniers soient syphilitiques, la tuberculose pouvant être enrayée même dans ces cas.

Une malade de 22 ans entrait à Necker en 1888. Son père était mort tuberculeux et, depuis longtemps, elle avait des bronchites. A l'examen, on trouva des signes manifestes aux deux sommets. Mais, de plus, la malade était syphilitique, bien que l'accident primitif fût impossible à découvrir; elle présentait, en effet, une iritis indolore survenue sans cause appréciable et un engorgement de l'un des coudes avec plaques suspectes. Nous espérames donc que la lésion pulmonaire pouvait être partiellement syphilitique.

Digitized by Google

Le traitement spécifique améliora considérablement la situation, et la malade put sortir de l'hôpital presque guérie. Les signes de la syphilis avaient disparu. Il restait quelques traces de tuberculose au sommet et, quelques mois plus tard, il était impossible de les retrouver.

Cette observation, et quelques autres du même genre que j'ai recueillies, sont très importantes au point de vue du pronostic. Il importe en effet beaucoup de déceler la syphilis qui peut être latente chez le tuberculeux, car dans ce cas elle provoque, exagère la maladie, et le traitement améliore parfois rapidement.

Un malade que j'ai observé dernièrement avait des signes de tuberculose très nets, locaux et généraux; à 18 ans, il était devenu syphilitique. Le traitement spécifique l'améliora rapidement, et il sortit de l'hôpital un des sommets complètement dégagé.

Le traitement, dans tous ces cas, n'empêchera pas ces tuberculoses de rechuter, mais il est évident qu'il agit non seulement quand il s'agit de syphilis pulmonaire, mais encore quand il y a véritablement phtisie bacillaire.

Ce traitement est nécessairement mixte. Faut-il l'employer quand les accidents tuberculeux sont immédiatement menaçants? Evidemment oui. Car des deux affections, l'une la syphilis, peut être rapidement modifiée, sauf dans ces cas rebelles qui résistent à tout, et elle joue, nous l'avons vu, un grand rôle dans le complexus morbide. Après on agira contre la tuberculose sans du reste croire que, la syphilis disparue, la phtisie guérisse toujours.

Quand la tuberculose apparaît, la phtisie peut être latente, à peine visible; cela ne doit pas empêcher d'agir.

Comme il s'agit de syphilis secondaires tardives ou de tertiaires, on devra employer le traitement mixte. L'iodure de potassium est certainement utile, mais le mercure est aussi nécessaire. Il faut même qu'il soit administré énergiquement et, à ce propos, il sera nécessaire de le donner d'une manière qui ménage le tube digestif si fréquemment atteint chez le tuberculeux. On devra donc choisir, soit les frictions, soit les injections sous-cutanées, et de préférence les premières quand elles seront possibles. Le malade doit être surveillé avec grand soin, car les accidents dus au traitement deviennent graves quand il y a tuberculose.

En résumé, on peut dire qu'étant donné un cas de tuberculose, il sera moins grave quand il y aura en même temps une syphilis, parce que l'on pourra espérer modifier cette dernière.—*Union médicale.*

Technique des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis, par M. le prof. Fournier.—Il est aujourd'hui certain que le mercure constitue le remède spécifique de la syphilis dans ses premières périodes. Quels sont les différents modes d'administration de ce médicament ? Pour le faire pénétrer dans l'orga-

Digitized by Google

nisme, nous disposons de quatre méthodes : 1o ingestion stomacale ; 2o frictions; 3o injections hypodermiques ; 4o fumigations. Et d'abord laquelle faut-il choisir ? Certains médecins sont exclusifs et n'emploient jamais qu'une seule de ces méthodes. Une semblable conduite est contraire au véritable esprit médical : il n'y a pas de méthode applicable à tous les cas.

Il faut faire son choix au lit du malade. En effet, si on a affaire à un cas très grave, a-t-on la liberté de choisir indifféremment une quelconque des méthodes précédentes ? Non, il faut employer les frictions. A-t-on affaire à un cas sans manifestation actuelle, emploiera-t-on les frictions ? Evidemment non. Si le malade est dyspeptique, on ne pourra pas lui prescrire des pilules. Une femme du monde ne voudra pas des frictions. Chez un enfant de huit ou dix jours, dont il faut respecter les fonctions digestives et chez lequel, par suite de l'absence des dents, la stomatite est peu à craindre, on aura recours aux frictions.

Méthode des frictions.—C'est la plus ancienne de toutes ; elle date, en effet, de la fin du XVIe siècle, c'est elle que chanta Fracastor. C'est elle aussi qui, mal dirigée à cette époque, produisit ces stomatites effroyables qui ont valu au mercure son sinistre renom. L'ancien traitement par les frictions comprenait les cinq pratiques suivantes : séquestration, surchauffage, dépuration par les purgatifs, la saignée et la diète, salivation. On commençait, pour préparer le malade, par lui faire une ou deux saignées. On lui interdisait la viande. Enfin on le gorgeait de tisanes.

Puis le traitement commençait. On enfermait le malade dans une chambre bien close dont on n'ouvrait jamais les fenêtres et dont le patient ne devait pas sortir pendant tout le temps de sa cure. Cette chambre, on la chauffait quelquefois à la chaleur d'une étuve. Aussi a-t-on cité des exemples où, dans ces conditions, les malades sont morts au bout de trois jours. Pour frictionner le patient on le mettait entre deux feux, l'un à gauche, l'autre à droite. On faisait sur tout le corps jusqu'à quatre frictions par jour, avec des onguents très complexes : celui de Vigo contenait dix-neuf substances. Pour faire supporter ce traitement, on donnait un digestif ne comprenant pas moins de trente-quatre drogues.

La friction faite, on recouvrait le malade d'ouate et on le mettait dans un lit bien chaud. On lui permettait à peine de se lever deux ou trois heures chaque jour. Pendant tout le temps du traitement qui durait de 25 à 30 jours, on se gardait bien de changer le lit des malades. Aussi à la fin tout était noir ; le malade, le linge et la salle. Quant au régime, il consistait en soupes légères. Si le malade avait trop faim, on lui donnait un jaune d'œuf ; de plus, on lui prescrivait des purgatifs, des dépuratifs, des tisanes, etc.

Digitized by Google

Ah! il ne faisait pas bon avoir la vérole en ce temps-là. Quand les malades avaient des syncopes, c'était d'un bon présage. On leur recommandait d'être gais et de mettre un frein à leurs passions. La salivation constituait un symptôme favorable ; c'était la maladie qui s'en allait. Aussi l'entretenait-on avec un soin jaloux. Sans une bonne salivation, quatre ou six livres de salive par jour, pas de bonne guérison. Aussi les malades passaient leur temps à baver dans leur casserole : d'où le nom de *traitement à la casserole.*

Aujourd'hui, comment instituons-nous le traitement par les frictions ? Le malade est soumis à une bonne hygiène et à un régime tonique. On a complètement renoncé aux dépuratifs, aux purgatifs, etc. Les tisanes ont résisté plus longtemps ; actuellement il n'en est plus guère question. On a renoncé à la diète et au surchauffage : on laisse le malade aller et venir. On lui recommande même de prendre de l'exercice au grand air. On lui prescrit parfois l'hydrothérapie et les bains de mer.

Quelle pommade doit-on employer pour les frictions ! L'onguent mercuriel double ou onguent napolitain, fraîchement préparé. On a proposé dernièrement de le remplacer par les savons mercuriels, celui de Spillman, par exemple, composé de parties égales de savon et de mercure. Ce savon est divisé en pains dont chacun pèse cinq grammes. Mais ces savons ont le grand inconvénient d'exiger un temps considérable pour la friction : ils ne demandent jamais moins d'une demi heure pour fondre.

La dose de la pommade doit être d'abord de 4 grammes ; on pourra ensuite la pousser à 6 ou 8 grammes, mais on ne dépassera pas cette dernière dose. On se souviendra que la femme est bien plus sensible que l'homme à l'action des frictions. Elle ne supporte guère que 6 à 8 grammes de pommade par jour. Chez l'enfant qui n'a pas de dents, on peut prescrire, même dès l'âge de huit jours, 1 à 2 grammes de pommade. On peut aller jusqu'à 3 grammes et ces doses sont quelquefois indispensables dans les cas de syphilis grave (syphilis cérébrale) et dans le cours des cures aux eaux sulfureuses, on peut et on doit même dépasser ces doses. En effet, les eaux sulfureuses semblent accroître la tolérance pour le mercure. Enfin, on exigera toujours que le malade fasse chacune de ces fritions avec une quantité déterminée de pommade. Pour une semaine on prescrira : onguent mercuriel double, 28 grammes divisées en sept boîtes.

Quand faut-il faire les frictions ?—En général on ne les fait qu'une fois par jour. On choisit alors le moment le plus propice, c'est-à-dire celui du coucher. Le malade a ainsi le temps de faire sa friction convenablement et il peut la conserver pendant toute la nuit.

Où faire la friction ?—Chaque médecin a son endroit préféré. M. Fournier fait la friction sur les parties latérales du thorax.

Digitized by Google

Dans cette région on a à sa disposition une vaste surface et le malade peut se frictionner lui-même.

Dans l'emploi des frictions, il y a deux précautions à prendre : 1o on ne doit pas faire de friction sur le scrotum, l'aine, le pubis, l'aisselle. Ces régions absorbent trop facilement le mercure ; 2o il faut varier le siége des frictions pour éviter de déterminer des accidents dont nous parlerons plus loin. On fera des frictions alternativement du côté gauche et du côté droit du thorax, ou bien sur la partie interne des bras ou des cuisses.

Comment doit-on faire la friction ?—La friction ne doit pas être une onction, il faut frotter la peau, mais sans trop de vigueur. On ne doit pas étriller, ce serait de l'exagération. Le malade peut se frictionner lui-même ou avoir recours à un aide.

Durée de la friction.—Quand on emploie 4 grammes de pommade, elle doit être prolongée au moins un quart d'heure. Elle sera d'une demi-heure au moins si la dose est portée à 8 ou 10 grammes.

Soins consécutifs.—Sur la partie qui a été le siège de la friction, on place une feuille de ouate, un linge, une flanelle, peu importe, et on recouvre la partie avec un bandage approprié (bandage de corps, caleçon, manche, etc.). Il est bien entendu qu'on laissera la pommade toute la nuit sans y toucher. Le lendemain matin, on essuie la pommade, on fait une lotion avec de l'eau de savon. Le malade prend deux bains savonneux par semaine.

Nombre des frictions. Quantité d'onguent.—A ce sujet, il y a pas de règle absolue. Quond le malade peut être surveillé avec soin, on peut continuer le traitement pendant deux à quatre mois. Toutefois, on s'accorde à admettre qu'il est prudent de ne pas le prolonger pendant trop longtemps, parce qu'il n'est plus toloré et qu'il devient trop fatigant pour le malade. Le terme moyen de tolérance, très élastique d'ailleurs, est de trois à quatre semaines, cinq au maximum. Chez certains sujets, chez les femmes entre autres, il faut une véritable stratégie pour faire continuer le traitement, même pendant trois semaines. Pour y arriver, on fera faire des frictions un jour sur deux ou trois jours de suite et, après cela on suspendra le traitement pendant quatre jours. C'est affaire de tâtonnement et de tact médical.—*Revue générale de clinique.*

Symptomes précoces de la syphilis héréditaire, par M. le Dr Miller.—M. Miller a examiné 1,000 cas de syphilis héréditaire. Le résultat de ses observations est le suivant. Il y a eu des papules de la peau ou des muqueuses 74 fois 0/0 ; des rhagades des lèvres et de l'anus, 70 fois 0/0 ; de la rhinite, 58 0/0 ; des ulcères de la portion osseuse du palais, 52 0/0 ; des macules, 45 0/0 ; des adénites chroniques, 29 0/0 ; des ulcères de la langue, 27 0/0 ; du pemphigus, 25 0/0 ; de l'onyxis, 23 0/0 ; de la laryngite, 17 0/0 ; de la pseudo-paralysie des extrémités, 7 0/0 ; des ulcères cutanés, 4 0/0 ; de la gengivite ulcéreuse, 4 0/0.

Digitized by Google

La plupart des enfants étaient extrêmement maigres. Le cordon ombilical, au lieu de tomber, comme chez les enfants sains, le quatrième ou le cinquième jour, ne tombe pas avant la seconde ou la troisième semaine, et l'inflammation de l'ombilic est bien plus fréquente chez les enfants syphilitiques. La maladie fait son apparition dans le cours du premier mois 64 fois 0/0 et dans le cours du second mois, 22 fois 0/0. En général elle se montre pendant la troisième semaine ou plus rarement dans la seconde ou la quatrième. Les symptômes les plus précoces de la syphilis héréditaire sont la rhinite et le pemphigus.

Les fissures des lèvres, surtout de la lèvre supérieure, sont, suivant Parrot, un signe certain de syphilis héréditaire. Elles sont pour le moins fréquentes et précoces ; elles sont généralement doubles et symétriquement placées à la lèvre supérieure ; à la lèvre inférieure on n'en retrouve ordinairement qu'une au centre de la lèvre. Ces fissures sont douloureuses, difficiles à guérir et laissent des cicatrices blanches très persistantes.

FORMULAIRE.

Angine de poitrine.—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Hydrobromate de cocaïne..... .....10 grains.
Alcool..... ....15 gouttes
Eau distillée de laurier-cerise .... 6 drachmes.

Dose : Injecter sous la peau, pendant un accès, le quart ou la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz.

Rhinite catarrhale aigue simple.—*Cozzolino.*

P.—Chlorure d'ammonium..... .....45 grains
Salicylate de soude..... .....30 "
Chlorure de potassium..... 45 "
M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

Coryza aigu intense.—*Cozzolino,*

P.—Eau..... ....
Alcool rectifié... ....ââ 4 drachmes
Acide carbolique..... .... ½ "
Menthol..... ..... 4 grains
Muriate d'ammoniaque.....23 à 30 "
M.—En inhalations.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

Digitized by Google

Rhinite scrofuleuse.—*Cozzolino.*

P.—Sulfo-carbolate de zinc..... 5 grains
Salicylate de bismuth ..... 60 "
Iodol ..... 6 "
Tannate de zinc..... 30 "
Talc pulvérisé ..... 150 "

M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

Cerumen.—*Atkinson.*

P.—Liqueur de soude chlorurée..... 5 gouttes
Sulfate de zinc..... 2 grains
Eau de rose..... 2 onces

M.—Laver le conduit avec de l'eau salée tiède puis y verser quelques gouttes de la préparation.—*Pacific Record.*

Aménorrhée.—*Parvin.*

P.—Sulfate de fer.....
Térébenthine..... ãã 1 grain
Aloès..... $\frac{1}{8}$ "

M.—*Dose:* Une pilule trois fois par jour.—*Peoria Medical Monthly.*

Hématurie.—*Ultzmann.*

P.—Extrait d'ergot..... 45 grains
Beurrre de cacao..... 185 "

M.—Faire six suppositoires.—*Dose:* quatre par jour.—*Medical and Surgical Reporter..*

Alopécie.

P.—Teinture de jaborandi.....
" cantharides.....
Liniment de savon .....
Teinture de pyrèthre..... ãã $2\frac{1}{2}$ drachmes
Essence de citron .....
Teinture de tolu.....
" vanille..... ãã $1\frac{1}{2}$ "

M.—En frictions matin et soir.—*Revue de thérapeuttque.*

Acné.

P.—Résorcine..... $2\frac{1}{2}$ à 5 parties
Oxide de zinc ..... 5 "
Amidon..... 5 "
Vaseline..... 10 "

M.—*Western Druggist.*

Erysipèle.—*Calvelli.*

P.—Acide picrique..... 3 parties
Eau..... 500 "

En badigeonnages cinq ou six fois par jour.—*Revue de thérapeutique*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1889.

BULLETIN.

Les congrès internationaux de 1889.

L'exposition universelle de Paris a été pour un grand nombre d'associations scientifiques l'occasion de se réunir en congrès auxquels ont été convoqués tout ce que le monde entier compte de savants. Nous mentionnons d'une manière toute particulière le congrès international de l'alcoolisme, celui d'assistance publique, celui de thérapeutique et de matière médicale, ceux d'hygiène et de démographie de dermatologie et de syphiligraphie, de médecine mentale, d'hypnotisme expérimentale et thérapeutique, de psychologie physiologique et d'anthropologie criminelle. En même temps se réunissait également à Paris, l'association française pour l'avancement des sciences. Les communications aussi nombreuses et variées qu'intéressantes, faites à ces divers congrès ont prouvé une fois de plus que le mouvement scientifique prend de nos jours, à tous les points du globe, et particulièrement en France, un essor dont il est impossible, même aujourd'hui, de prévoir les résultats ultimes, tant cet essor est rapide et tant est grande l'émulation créée dans le monde des savants sérieux et convaincus, surtout parmi ceux qui ont élevé la voix dans les réunions dont nous parlons. Si jamais on a pu naguère, avec une ombre de raison, dire que la France ne tenait pas la tête du premier rang au point de vue du progrès scientifique, nous croyons que semblable reproche n'a plus sa raison d'être, et que notre ancienne mère patrie a noblement reconquis la première place, la seule du reste qui convienne au talent, universellement reconnu et applaudi, de ses enfants. Nous aurons l'occasion de donner prochainement à nos lecteurs un résumé analytique des travaux présentés aux principaux congrès internationnaux de 1889.

Digitized by Google

L'Association médico-chirurgicale du district de Joliette.

Nous offrons nos très sincères félicitations et nos meilleurs souhaits de succès aux médecins du district de Joliette qui viennent de se constituer en association, dans un but à la fois scientifique et confraternel. Ce mouvement est d'autant plus beau et plus digne d'être imité, qu'il est la preuve tangible que, quoi qu'on en dise, l'union peut exister parmi les médecins exerçant à la campagne, et qu'avec un peu de bonne volonté, elle peut être permanente et rendre les plus grands services.

On a, de tout temps, glosé sur l'esprit de division et de jalousie qui a tenu séparés les uns des autres les membres de la profession médicale. Depuis Molière, cependant, les choses ont bien changé, et aujourd'hui, l'émulation a, la plupart du temps, remplacé l'animosité. Pour ne parler que de notre pays, il importe que ce mouvement s'accentue davantage, et que l'on voie une bonne fois cesser les disputes et les dissentions qui ont fait le plus grand tort à la profession et à ses membres, soit au point de vue purement social, soit au point de vue scientifique. La création d'associations ou sociétés savantes est bien de nature à atteindre ce but, et c'est pour cela que nous applaudissons de grand cœur au mouvement que viennent d'inaugurer nos confrères du district de Joliette, en leur souhaitant plein succès et en exprimant le désir qu'ils aient de nombreux imitateurs. Les colonnes de l'UNION MÉDICALE DU CANADA seront toujours ouvertes à toutes communications d'ordre déontologique ou scientifique que l'association voudra bien, par notre entremise, porter à la connaissance de la profession médicale de la Province.

Les injections de liquide testiculaire.

Depuis la publication de notre dernière livraison, la presse médicale à continué à s'occuper de la méthode, désormais fameuse, de M. le professeur Brown Séquard, méthode dont nous avons déjà donné un aperçu à nos lecteurs. De leur côté, les savants sérieux, loin de rejeter les idées de M. Brown Séquard, comme extravagantes et ridicules, les ont soumises au contrôle rigoureux de l'expérimentation et les résultats obtenus ont été en général favorables. Pour ne citer qu'un exemple, M. le docteur Hammond, de Washington, a observé une série de dix cas chez lesquels les injections de liquide testiculaire ont donné des effets tres satisfaisants. Il ne s'agit certes pas là d'une panacée universelle destinée à guérir toute maladie ou à rendre une vigueur absolue à tout organisme débilité, mais d'un remède tonique purement et simplement, dont l'action s'explique

Digitized by Google

par sa composition même et qui est susceptible de remplacer avec avantage les reconstituants ordinaire dans les cas ou ceux-ci font défaut. Si ces injections ont quelque valeur, nous ne voyons pas pourquoi on ne les utiliserait pas. Si au contraire elles sont inutiles, l'expérience nous le dira bientôt, et il sera toujours temps de les mettre de côté.

Trop de réclame.

Nous cueillons dans un journal politique l'entrefilet suivant que nous reproduisons textuellement :

" M. A. B. C. a eu, ces jours derniers, la jambe fracturée. Il " tomba d'une voiture dans laquelle il travaillait et la roue de la " voiture lui écrasa la jambe.

" Le blessé se porte bien, grâce aux soins du Dr. XX. qui a " réduit la fracture."

Ce *grâce aux soins* est superbe et nous rappelle l'avis de naissance suivant publié par un journal américain : " A. N*** le 12 " courant, madame R. Smith a heureusement mis au monde un " fils. Merci au docteur Richard Jones ! "

Quand une réclame de ce genre est tout simplement le fait d'un rédacteur en disette de nouvelles locales, il est facile de comprendre que cela n'arrive qu'assez rarement, mais quand chaque numéro du journal proclame à son de trompe les cures et les travaux du docteur XX, tout le monde suppose que celui-ci est de moitié dans les frais de réclame et qu'il profite à son aise du bon vouloir de son ami le rédacteur. Dès lors aussi l'information prend les allures d'une simple charlatanerie à laquelle personne ne saurait se méprendre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Index catalogue of the Library of the Surgeon General's office, United-States army. Authors and Subjects, Volume X ; O. Pfutsch, Washington ; Government printing office, 1889.

Ce volume contient 7,658 titres d'auteur représentant 2,905 volumes et 7,282 pamphlets. Il contient en outre 14,265 titres-sujets de livres et pamphlets différents et 29,421 titres d'articles de publications périodiques.

Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales, par Tomesco.—Volume in-8 de 107 pages, avec 13 planches 21 figures hors texte. Prix 3 f. Publications du Progrès-Médical, **Paris, 14 Rue des Carmes, Paris.**

Digitized by Google

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'epilepsie, l'hystérie et l'idiotie.—Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1888, par Bourneville, Courbarien, Rasult et Jollier, tome IX de la collection. Volume in 8 de LIX. 921 pages avec 25 figures. Prix 3 f. 50. Publications du Progrès-Médical, Paris, 14, Rue des Carmes, Paris.

Du Traitement des Aliénés dans les familles, par le Dr Ch. Féré, Médecin de Bicêtre. (1 vol. in-18, 2 fr. 50, Félix Alcan, éditeur.)

Cette question est l'une de celles portées au programme du *Congrès International d'Hygiène et d'Assistance publique.*

Dans la première partie de son livre, l'auteur montre les avantages de l'assistance des aliénés dans les familles, il s'appuie sur les résultats fournis par les institutions coloniales de Gheel et de Lierneux en Belgique, sur la pratique du patronage familial en Ecosse et en Amérique, et il passe en revue les conditions dans lesquelles ce mode d'assistance économique peut être applicable en France. Dans la seconde partie, il étudie les conditions et les principales difficultés du traitement des aliénés dans les familles, et il arrive à conclure que si ce mode de traitement est applicable dans une large mesure dans les classes aisées, il ne peut être étendu aux aliénés pauvres que lorsqu'ils sont incurables et inoffensifs.

Le **Manuel d'Hydrothérapie** du Dr Macario, dont la 4e édition vient de paraître à la librairie Félix Alcan, a largement contribué à populariser l'emploi de l'eau froide, tant comme moyen thérapeutique que comme moyen hygiénique.

Son livre s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi à toutes les personnes soucieuses de suivre les préceptes d'une hygiène rationnelle et fortifiante. A cette nouvelle édition est jointe une *Instruction sur les Bains de Mer*, qui est un véritable guide pratique des baigneurs. L'auteur y étudie les propriétés spéciales de l'eau de mer et de l'atmosphère maritime, les conditions pratiques de l'administration de l'hydrothérapie marine et les principales affections auxquelles doit s'appliquer cet ensemble de moyens. (1 vol. in 12, 2 f. 50).

La Revue canadienne.—Revue mensuelle(25e année).—64 pages par livraison.—Paraît vers le 15 de chaque mois.—Philosophie—Histoire—Littérature—Droit—Economie sociale, politique—Sciences—Beaux Arts—Esthétique—Apologétique chrétienne—Etudes religieuses—Critique—Poésie—Chronique—Nouvelles européennes—Bibliographies.—Abonnement: Canada, $2.00; Etranger, $2.50; Un numéro, 25c.—Sommaire du numéro d'Août:

Digitized by Google

I. 1789-1794—La Révolution—Les Jacobins, par A. de B—II. Les Plaisir de l'Etude, (*Suite et fin*) par Alphonse Gagnon.—III. Législation et Administration de la Justice sous le Gouvernement d'Assiniboia, (*Suite et fin*), par L. A. Prud'homme.—IV. Rose-Marie, (*Suite*), par V. H.—V. Antiquité reculée de l'Homme non prouvée, (*Suite*), par A. de B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La quatrième session du Congrès Français de Chirurgie se tiendra du 14 au 20 Octobre 1889, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. le baron LARREY.

Séance d'ouverture, Lundi 14 Octobre, à 2 heures.

Questions à l'ordre du jour.—Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Resultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales ;
II. Traitement chirurgical de la péritonite ;
III. Traitement des anévrysmes des membres.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—Les examens semi-annuels pour l'admission à l'exercice de la pharmacie (majeur et mineur) auront lieu à l'Université Laval, Québec, mardi, le 15 octobre prochain, à 8 heures a. m. Les candidats devront adresser leur demande, dûment attestée, au Régistrateur, le ou avant le 5 octobre.

Collège de pharmacie de Montréal.—M. le docteur H. E. Desrosiers a été réélu professeur de matière médicale pour l'année 1889-90. M. C. A. Pfister a aussi été de nouveau élu professeur de chimie. Les cours s'ouvriront le 30 septembre. Les discours d'ouverture seront prononcés par MM. les docteurs Dagenais, professeurs à l'Université Laval et Stewart professeur à l'Université McGill.

Association médicale du Canada.—La réunion annuelle de l'*Association*, tenue cette année à Banff, T. N. O., a été un succès véritable. Beaucoup de médecins s'y sont rendus, et tous ont pris une part active aux délibérations. Dans notre prochaine livraison nous donnerons un compte-rendu détaillé des procédés de la réunion, compte rendu que nous devons à l'obligeance de M. le docteur James Bell, secrétaire général.

Université Laval, Montréal, Faculté de médecine.—Les cours de la Faculté s'ouvriront le 3 octobre prochain. Nous rappelle-

Digitized by Google

rons à MM. les Elèves 1o que désormais l'année académique sera de *six mois* pour les élèves de 1ère, 2e et 4e années, et de neuf mois pour ceux de 3e année ; 2o que le dégré de *docteur en médecine* est accordé à tout candidat ayant subi avec succès les examens ordinaires de la Licence ; 3o que le mode des examens a été modifié de façon à permettre aux étudiants de subir un nombre à peu près égal d'examens à la fin de chaque année.

Dixième Congrès Médical International.—La note suivante vient d'être communiqué à la presse médicale du monde entier : " Les soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance que conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 Septembre 1887, le dixième Congrès Médical International aura lieu à Berlin. Le congrès sera ouvert le 4 et sera clos le 9 Août 1890. Des communications détaillées, par rapport au programme, suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des facultés de médecine et des sociétés médicales allemandes, convoquée au 17 Septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet. En attendant, nous venons recourir à votre abligeance, en vous priant de bien vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre, en même temps, une invitasion courtoise de notre part.

Association des internes de l'hopital Notre-Dame.—La prochaine réunion mensuelle de l'*Asoociation* se tera à l'hôpital Notre-Dame, jeudi, le 19 courant, à 8 hrs p. m. précises.

M. le Bibliothécaire accuse, avec reconnaissance, réception des dons suivants :

De M. le docteur A. Brodeur : De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par le docteur A. Brodeur. Thèse de Paris. 1 vol. in-8, avec planches et gravures.

De M. le docteur M. T. Brennan : *The Montreal Medical Journal*, années 1888-89 et 1889-90 (2 vols.) ; *The Therapeutic Gazette*, années 1886, 1887 et 1888 (3 vols.) ; *The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, année 1889 (1 vol.) ; *The International Journal of Surgery*, année 1889 (1 vol.).

De M. le docteur H. E. Desrosiers : *The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, collection complète jusqu'à 1888 inclusivement, (8 vols.).

De M. le docteur A. Lamarche : L'Union médicale du Canada, collection complète (17 vols.), et envoi gratuit du même journal pour l'année 1889.

NAISSANCE.

Desrosiers.—A Montréal, le 15 août dernier, la femme du docteur H. E. Desrosiers a mis au monde une fille.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Kolpo-cystotomie,

par D. Marsil, M. D.,

St. Eustache, Qué.

M. Léon Le Fort nous apprend (dans la *Médecine opératoire* de Malgaigne, dernière édition, page 657), que la première taille vésico-vaginale fut faite par Bozeman, en 1861.

Je lui pardonne très volontiers d'ignorer que j'ai pratiqué cette opération dans le cours du mois de mars 1860, puisque je n'en ai jamais fait de rapport dans la presse médicale. A cette époque, nous n'avions pas encore de journaux de médecine français au Canada.

Beaucoup de médecins de notre pays ont dû, comme moi, abandonner à l'oubli leurs travaux, faute de moyen de publication à leur disposition. Grâce aux efforts et au dévouement de notre jeune génération médicale, nous pouvons participer dans une humble mesure aux honneurs comme aux conquêtes de la science.

Je le répète, dans le mois de mars 1860—c'était presqu'au début de ma carrière—je fus appelé auprès d'une jeune fille de dix-huit ans. La mère me dit que son enfant avait toujours souffert en urinant, que même, aux premiers jours de sa vie, elle avait des convulsions presqu'à chaque miction. Ce calcul datait-il de la vie fœtale ?

Chose étrange, cette jeune fille fut soignée par plusieurs médecins qui, tous, négligèrent d'explorer la vessie avec la sonde. Oh ! la médecine de cette époque ! ! ! au Canada ! ! Ce n'est pas qu'elle ne laisse pas encore un peu à désirer.

Je l'opérai par un procédé qui ressemble par quelques détails à celui d'Emmet, sans être aussi compliqué. A cette date déjà éloignée, on ne connaissait pas le spéculum de Sims, qui, au reste, n'est pas indispensable dans cette opération.

Je plaçai la malade dans le décubitus dorsal comme pour la taille latéralisée et la chloroformisai. J'introduisis la sonde dans la vessie, et je confiai cet instrument à un assistant avec recommandation de refouler autant que possible le calcul vers le vagin. Armé d'un bistouri à lame courbe sur le tranchant et conduit sur mon index gauche avec lequel je sentais la pierre à

Digitized by Google

travers les parois du vagin et de la vessie, j'ouvris et l'un et l'autre sur la ligne médiane dans une étendue d'environ un centimètre et demi. Cette ouverture insuffisante confinait au sphincter de la vessie; je la prolongeai en arrière avec un bistouri boutonné afin de ne pas transfixer cet organe et ouvrir la cavité péritonéale. Je saisis la pierre avec une longue pince et la délogeai sans beaucoup de tiraillement.

Ce calcul de phosphate de chaux qui aurait été si justiciable de la lithotritie pesait 120 grammes. Bigelow n'avait pas encore doté la science de son procédé si ingénieux et si hardi. Nous n'ignorions pas ici les travaux de Civiale et de Leroy d'Etioles, mais où se procurer leurs instruments?

Après le lavage de la vessie, la malade fut portée dans son lit. Je ne fis pas de suture de la vessie, ni ne lui laissai de sonde à demeure, ni ne la condamnai au décubitus abdominal, toutes choses qui sont devenues, depuis, comme tant d'autres, classiques inutilement. Huit jours plus tard, ma malade urinait par l'urèthre, la vessie étant parfaitement cicatrisée.

Mariée deux ans après son opération, elle fit, à la canadienne, une nombreuse et robuste famille. Elle n'eut jamais à se plaindre de sa vessie et elle jouit encore d'une santé parfaite.

St Eustache, 12 septembre 1889.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Projet d'Association Médicale pour le District d'Iberville,

par Aimé LACERTE, M. D.,

Notre-Dame de Standbridge, Qué.

L'auteur de la présente communication essaie actuellement d'établir une société médicale dans le district d'Iberville, espérant comme récompense de ses demarches que, s'il reussit, lui et ceux de ses confrères de Missisquoi qui aiment à parler la langue française seront admis dans la nouvelle association. S'il ne réussit pas, il aura toujours la satisfaction d'avoir tenté une œuvre utile à ses compatriotes et d'avoir ainsi fait acte de bon citoyen.

La société projetée aura sa constitution et ses règlements écrits que la législature sera probablement appelée plus tard à sanctionner par l'incorporation. Son but général est d'améliorer l'état du praticien à la campagne en ajoutant à sa compétence et en détruisant ou éloignant les circonstances qui lui sont adverses. Tous les trois mois ses membres se réuniront pour entendre les

Digitized by Google

conférences, étudier en comité pour discuter, faire rapport des cas et expériences remarquables, etc., etc. Elle s'occupera de la question des honoraires, cherchant, entre autres choses, à déterminer lequel des deux est préférable, ou d'abandonner les prix à la discrétion individuelle ou d'avoir un tarif légal uniforme comme celui des avocats et des notaires. Elle portera une attention toute spéciale à MM. les charlatans, surtout aux charlatans "licenciés" que nous avons eu l'impolitesse de tant négliger jusqu'à présent. Elle avisera aux moyens d'empêcher ces chevaliers d'industrie d'exploiter la crédulité humaine avec autant de cynisme. Elle insistera pour que les parchemins et le serment d'office soient respectés. Elle nommera un corps de censeurs qui feront exécuter les réglements, jugeront les différends entre les membres et s'efforceront de les réconcilier, épargnant ainsi à la profession le tort et la honte que lui causent nos déplorables querelles, surtout quand nous sommes assez maladroits pour les vider dans la presse ou devant les cours de justice. En un mot, cette association emploiera tous les moyens honorables et légitimes qui pourront lui aider à atteindre la fin qu'elle se propose.

Il est donc permis de croire, d'après ce qui précède, qu'une société semblable nous sera nécessairement d'une grande utilité. Dans le traitement de nos cas difficiles, nous trouverons en effet en elle une source abondante de renseignements très précieux. Durant nos assemblées chacun de nous pourra soumettre à ses confrères telle ou telle maladie qui résiste à ses remèdes. Si l'affaire presse et qu'il nous soit impossible d'attendre le jour des réunions, nous en écrirons à ceux de nos associés dont les connaissances nous sont connues. Dans les deux cas, nous obtiendrons la prescription requise qui sauvera du même coup et la santé de notre patient et notre réputation. On épargnera de cette manière bien des dépenses de temps et d'argent pour voyages à la ville afin de voir les maîtres. On évitera surtout ces consultations entre confrères voisins, toujours dangereuses en ces temps de rivalité à outrance, même parfois très dommageables quand vous avez à rencontrer quelque famélique ou ambitieux qui fait flèche de tous bois pour amoindrir votre clientèle à son profit. Avec notre société ces désagréments deviendront plus rares, car ceux de nos confrères qui résident loin de nous pourront nous aider sans nuire à leur propre intérêt et sans avoir la tentation de s'insinuer dans la confiance de notre malade et de tous les habitants du voisinage.

En second lieu cette société rendra nos études plus attrayantes en revêtant d'actualité les nombreux sujets que nous aurons à y discuter. Nous serons ainsi délivrés de cette nonchalance qu'engendre notre isolement actuel et qui cause tant de ravages dans nos rangs. Notre ardeur et notre application au travail étant naturellement stimulées par le désir de figurer avec avantage à nos assemblées, nos connaissances professionnelles en deviendront

Digitized by Google

plus étendues et plus profondes, par conséquent notre utilité augmentera d'une façon très profitable et pour le public et pour nous-mêmes.

De plus, en nous faisant un devoir de noter nos cas intéressants pour les rapporter ensuite à nos confrères, notre association nous habituera à observer les choses avec plus d'attention comme aussi avec plus d'exactitude et de méthode. Elle contribuera donc sensiblement à perfectionner en nous ce discernement, ce tact médical sans lequel une érudition même prodigieuse ne vaut rien dans la pratique; car on sait que la valeur du diagnostic et partant le succès du traitement dépend de notre plus ou moins grande faculté d'observation, laquelle, comme toute autre faculté mentale, se développe, augmente en force et en précision par l'exercice.

Enfin la société projetée nous inspirera cet esprit de corps, ce sentiment de solidarité, cette disposition à nous protéger les uns les autres qui contribueront puissamment à sauvegarder notre honneur et à promouvoir notre prospérité. Au lieu de laisser le public profiter de notre désorganisation pour nous imposer des honoraires qui nous discréditent et nous condamnent à vivre dans la gêne ou dans les dettes—tellement que celui qui doit pourvoir aux besoins d'une famille n'a plus les moyens de se procurer les instruments et médicaments améliorés et nouveaux, ce qui diminue notablement l'efficacité de ses soins—au lieu de permettre, dis-je, au public d'abuser ainsi de notre faiblesse causée par notre division, nous nous liguerons pour le forcer à nous rendre justice en nous payant honnêtement la rétribution à laquelle les frais et la difficulté de nos études, la noblesse de notre profession et l'éminence des services rendus nous donnent droit. Voyant en nos confrères des associés dévoués et loyaux, nous les défendrons au lieu d'attirer sur eux le feu de la médisance et de la calomnie, nous nous défenderons réciproquement contre les préjugés populaires que nous bravons parfois avec plus de hardiesse que de discrétion. Au lieu de nous décrier auprès des gens que nos malheureuses diffamations scandalisent, nous leur cacherons avec soin nos erreurs, nos fautes et nos faiblesses, imitant en cela l'exemple admirable de fraternelle fidélité que nous offre le clergé catholique. Et sous la bienfaisante influence de notre nouvelle organisation, forts de cette union qui surprendra nos concitoyens habitués jusqu'ici à voir autre chose, nous travaillerons avec énergie à conquérir cette estime, ce respect, cette confiance sans lesquels la carrière de médecin est aussi infructueuse que pénible.

Soyons certains, en outre, que si notre projet se réalise et que notre société fonctionne d'une façon satisfaisante, nous aurons bientôt des imitateurs dans les autres parties du Canada Français, et aussi parmi nos nationaux des Etats-Unis. Dans chaque district, dans chaque cité, nous verrons surgir une de ces associations si désirables à tous égards. Donc, en battant la marche, nous au-

Digitized by Google

rons le mérite d'avoir sorti la profession de l'apathie et de la routine où elle languissait dans les localités françaises de ce pays, pour la lancer sur la voie du progrès.

D'ailleurs puisque "Noblesse oblige" n'est-ce pas aux médecins d'Iberville, à eux qui ont le privilège d'habiter la meilleure région de la Puissance, région renommée par la richesse et l'intelligence de ses habitants, n'est-ce pas, dis-je, aux médecins d'Iberville de prendre l'initiative d'un mouvement aussi important. Et pourquoi reculeraient-ils devant la tâche qui s'impose ? Offre-t-elle des difficultés insurmontables ? Qu'avons-nous à vaincre ? D'un côté c'est l'intérêt du moment : on perdra quelques dollars en s'absentant trois ou quatre jours par année afin d'assister aux séances ! puis en même temps on donnera peut-être à un confrère l'occasion de faire sa cour à quelqu'une des familles influentes qui nous patronisent ! On oubliera que les bénéfices obtenus surpassent de beaucoup les dommages occasionnés. Voilà le premier obstacle. D'une autre part, nous avons ces irrépressibles charlatans *diplômés* qui font des gorges chaudes quand ils entendent parler d'organisation parmi les médecins de campagne. Ces sinistres farceurs, qui se moquent bien de leurs confrères et de toute personne éclairée pourvu qu'ils passent pour des phénomènes aux yeux du vulgaire dont ils exploitent sans merci la prétentieuse ignorance, n'ont pas hâte d'afficher, par leur absence et encore plus par leur présence, leur manque de savoir lors de ces réunions où le charlatanisme devra céder le pas à la science. Il faut donc s'attendre à ce que ceux-là s'opposent naturellement à notre projet par tous les moyens que leur ingénuité leur suggèrera. Mais n'en soyons pas découragés. Certes ! nos voisins d'Ontario et des Etats-Unis avaient encore bien plus que nous à lutter contre ces mêmes obstacles, cependant ils ont triomphé. Pourquoi n'aurions nous pas le même succès ? Sommes-nous véritablement, comme d'aucuns le supposent, inférieurs aux gradués des écoles protestantes ? N'avons-nous pas la même confiance en nous-mêmes, notre esprit est-il moins développé, plus étroit, moins hardi que le leur, notre caractère moins trempé ? A nous de répondre négativement à cette question en nous organisant sans plus de retard, en formant immédiatement une société forte, vigoureuse, active. Aussi doit-on espérer que 1890 n'arrivera point avant que notre " Société Médicale du district d'Iberville " ne soit érigée sur des basses solides et durables. Les nombreuses adhésions déjà reçues par le soussigné de la part des intéressés consultés jusqu'ici sur le projet justifient d'ailleurs amplement cet espoir.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE.

A travers les hopitaux de Paris.

Monsieur le Rédacteur-en chef,

J'ai pensé que le récit de mes courses à travers quelques hôpitaux de Paris pourrait ne pas être sans quelqu'intérêt à vos lecteurs. Il est vrai que j'ai un peu tardé à vous écrire depuis mon retour, mais mieux vaut tard que jamais.

Bien des fois j'ai eu l'idée de vous dire combien j'étais heureux de tout ce que je voyais. Mais je n'en avais pas le temps. Et vous le comprendrez si je vous dis la tâche que je me suis imposée en arrivant. D'abord j'ai consacré la moitié de mon temps à l'étude de la médecine, c'est-à-dire aux conférences médicales et aux hôpitaux. Aussi, pour visiter l'Exposition et les monuments de Paris, il ne me restait plus que mes après-midi, et très souvent j'en sacrifiais une partie aux cours scientifiques qui se donnent à l'amphithéâtre du Jardin des Plantes par le docteur Hamy et M. Stanislas Meunier, le premier, sur l'anthropologie, et le second, sur la géologie. M le docteur Hamy est un savant distingué. Il est déjà l'auteur d'un profond travail sur la paléontologie humaine. M. Stanislas Meunier n'est pas aussi célèbre, mais il ne tardera pas à l'être, car c'est un des plus brillants esprits du siècle et il possède à fond la géologie. Ainsi, vous le voyez, mon temps était si bien employé qu'il me restait peu de loisirs à sacrifier aux correspondances et aux amusements. Mais j'aimais ce programme, car, quoiqu'il me forçat à remplir une rude tâche, il me permettait non-seulement d'étudier et de contempler sous le même ciel toutes les productions du génie et de la fortune de tous les peuples civilisés (à l'exception du Canada), mais aussi d'étudier, jusque dans ses derniers retranchements, les progrès qui se sont accomplis dans les diverses branches de la médecine.

L'Exposition est bien le plus grand succès du genre, et offre un champ d'étude très vaste et très intéressant; les monuments de Paris et de ses environs sont bien, sans contredit, les plus riches et les plus grandioses du monde, et honorent, non-seulement le peuple qui les a élevés, mais la civilisation elle-même. Cependant, aux yeux du médecin, tout ce panorama est d'un intérêt tout à fait secondaire comparé à l'étude de sa profession. L'étude de la médecine ne donne pas seulement les moyens de soulager nos douleurs et nos maux, mais elle soulève le coin du

Digitized by Google

voile qui cache souvent les drames les plus intimes du cœur humain.

Il faut suivre l'hôpital, aller de lit en lit, entendre l'histoire de chaque malade, pour comprendre combien le médecin est en rapport direct avec tous les actes de la vie morale de la société.

C'est à l'hôpital que l'on trouve le verso de la vie fortunée, bruyante, illuminée, que l'on remarque dans certains quartiers. A côté des palais somptueux, des châlets admirables, où la vie semble nager dans des nuages de voluptés, il y a les masures tristes, les bourgs humides et ténébreux.

L'hôpital, c'est l'ombre du tableau éblouissant de la vie heureuse. C'est là que souvent disparaissent les beaux rêves et les charmantes illusions et où s'envolent les plus brillantes espérances. On n'y entre jamais sans éprouver un serrement de cœur.

Les hôpitaux de Paris diffèrent peu de ceux que j'ai vu ailleurs. Ce sont de vieilles constructions faites en un temps où l'on n'était pas encore très fort sur les lois hygiéniques. Cependant, si l'on examine leurs dispositions, tant sous le rapport de la ventilation et de la lumière que sous le rapport du confort et de l'aisance, on voit qu'elles ne s'éloignent pas beaucoup des constructions plus modernes. Partout on y entretient la plus scrupuleuse propreté et l'on donne aux malades les soins les plus minutieux. J'ai remarqué que le traitement des maladies est tout ce qu'il y a de plus simple. L'on donne bien peu de drogues, et on semble reposer bien peu de confiance dans leur effet.

Après avoir entouré le malade de soins hygiéniques, on laisse à la bonne nature le sont de faire le reste. Le repos joue un grand rôle dans la thérapeutique. On n'a pas encore jeté toutes les drogues par dessus bord, mais on dirait que ça vient.

Je ne leur en fais pas de reproche, c'est, au contraire, une preuve à mes yeux qu'ils sont supérieurs à tous les autres peuples.

Mais autant ils sont sobres de drogues, autant ils sont avancés dans le maniement du scalpel. On a beau dire, il faut reconnaître, malgré les prétentions contraires des écoles anglaise et allemande, qu'il n'y a pas de peuple où la chirurgie a fait autant de progrès qu'en France. La raison pour laquelle on en entend moins parler, c'est parce qu'à chaque opération qu'ils font, ils ne montent pas sur les toits pour annoncer au monde leur succès merveilleux comme le font les chirurgiens anglais, américains et allemands.

La réputation des Spencer Wells, Lawson Tait et autres, vient autant de l'immense réclame que l'on fait constamment en leur faveur à chacune de leurs opérations, qu'à leur mérite. On ne voit jamais les journaux du nouveau monde parler des opérations de Péan par exemple, et cependant j'oserais dire qu'il fait autant de laparotomies à lui seul qu'eux ensemble. Ici il est à peine connu, et cependant, c'est lui qui a fait faire à la chirurgie le plus

Digitized by Google

grand pas. Ses découvertes et ses améliorations de plusieurs instruments, son morcellement des tumeurs, sa simplification des opérations de premier ordre placent la chirurgie française bien en avant de celle des autres pays. Ses pinces hémostatiques seules ont fait faire un progrès énorme à la chirurgie et ont diminué de beaucoup la mortalité dans les opérations. Péan n'a pas de rivaux comme opérateur, c'est l'idéal du chirurgien.

Il suffit de le voir pour comprendre qu'il est un maître. Figurez-vous un homme d'une magnifique carrure, une tête large, renversée en arrière, un nez grec fort, des yeux noirs brillants et expressifs, une forte chevelure noire grisonnante et frisée, des épaules de colosse, un torse herculéen, des mains larges et potelées, des traits vigoureux, une figure saillante et pleine de caractère ; c'est là Péan. Tout atteste chez lui l'homme supérieur, l'intelligence hors ligne, la volonté puissante. Il est aussi la personnification du gentilhomme, et il n'y a personne qui sache être plus gracieux et plus courtois. Il est recherché par les médecins de tous les pays. On ne va jamais à Paris sans aller voir Péan, où on est certain d'être accueilli avec bienveillance. Et l'on s'en revient toujours enchanté autant de son urbanité que de son habileté, laquelle est pourtant hors ligne.

Il est si obligeant que souvent il se déplacera et se mettra même à l'étroit pour faire une de ses merveilleuses opérations, afin de permettre à son entourage d'en voir tous les détails. Cette conduite est bien différente de celle d'un célèbre médecin anglais qui refusait encore tout dernièrement l'insigne faveur d'assister à l'une de ses laparotomies, à deux éminents professeurs de l'Université de Moscou, lesquels avaient fait le trajet exprès pour le voir opérer. Ces messieurs qui m'ont raconté la chose ne croient pas beaucoup à son habileté et pensent que la plupart de ses opérations sont faites sur le papier seulement.

Il n'en est pas de même de Péan ; tout le monde est bienvenu.

Aussi ne manque-t il pas de spectateurs, qui se recrutent parmi les plus célèbres de tous les pays civilisés. Voyez, pendant le temps des vacances, nous étions une vingtaine de médecins Canadiens-Français, parmi lesquels, il y avaient les docteurs E. N. Chevalier, Marquis, Brodeur, Trudel, Godin, L'Esperance, etc, etc. Il y avait en outre quatre ou cinq médecins Mexicains, trois Grecs, deux Russes, deux Anglais, trois ou quatre Irlandais, des Américains, des Allemands, des Polonais et des Français. Toujours salle comble. Et cependant, Péan ne manquait jamais d'accueillir tous ces étrangers avec un gracieux bonjour. Même pendant les phases les plus critiques de son opération, je l'ai vu souvent lever la tête et saluer un retardataire.

Il ne faut pas oublier que Péan est un de ces opérateurs que rien ne dérange, et est toujours maître de lui-même. Il n'éprouve jamais d'embarras devant les obstacles les plus sérieux, et ne

Digitized by Google

manque jamais de ressources quand il s'agit de surmonter les plus sérieuses difficultés. Rencontre-t-il des adhérences à une tumeur abdominale ; une anse intestinale est-elle incluse dans les parois de la tumeur, il est aussi calme que s'il n'y avait rien. Il procédera à faire le débridement et à réséquer l'intestin, comme si cette complication était la chose la plus commune au monde. On sait cependant quand il éprouve quelques difficultés, et ses aides le savent encore mieux que personne, car ce sont eux qui se font critiquer. A l'entendre on dirait qu'ils ne font plus rien de bien. Mais de tout cela autant en emporte le vent. C'est une habitude qu'il a, sans doute pour s'excuser des déboires qu'il rencontre. Aussi personne ne lui en tient compte, car tous savent qu'il n'a pas l'intention de faire de peine à qui que ce soit. Tous savent aussi qu'il a pour son entourage la plus haute estime et qu'il est animé, vis-à-vis d'eux, des meilleurs dispositions, comme des meilleurs sentiments. Péan est sans contredit l'opérateur qui a le plus de succès de tous ceux que je connais. Dans ses mains, l'ablation des tumeurs abdominales, l'ovariotomie, l'hystérectomie vaginale et abdominale, et autres opérations sérieuses ne sont plus que des affaires routinières et bien ordinaires. Il me disait que l'hystérectomie vaginale n'était plus sur la liste des opérations dangereuses, qu'il n'en avait pas perdu plus que trois et demi pour cent sur plus de cent opérations. Je sais que toutes celles que j'ai vu opérer ont guéri et je suis convaincu que ses statistiques sont bien véridiques. Dans toutes ses opérations, il ne s'astreint qu'à une règle, qu'il enfreint jamais, c'est d'enlever toutes les parties affectées. A l'encontre de plusieurs opérateurs qui veulent que le succès de leurs opérations dépende de la plus ou moins grande longueur de leurs incisions, Péan ne s'astreint à aucune règle. Il ne manque jamais de se donner tout l'espace qu'il faut pour travailler librement.

Dans ses laparotomies, ses incisions abdominales s'étendent toujours du pubis à l'ombilic et souvent plus haut. Il pratique l'antisepsie, cependant il s'en faut qu'il pousse la chose aussi loin, que plusieurs de ses confrères. Il rasera, et lavera au sublime les parties qui devront être opérées. Il exigera que tous les linges, éponges et instruments soient passés au sublimé. Il se lave les mains dans la même solution et exige que ses aides en fassent autant. Voilà pour l'antisepsie. Mais ce qu'il craint le plus et cherche à éviter à tout prix, ce sont des écoulements dans la cavité péritonéale. C'est à cette précaution qu'il attribue son grand succès. Aussi il est toujours si bien sur ses gardes, et prend si bien ses mesures que cet accident lui arrive rarement, pour ne pas dire jamais. Pendant l'incision abdominale, tous les vaisseaux qui saignent ou suintent un peu sont saisis par des pinces hémostatiques, et avant d'ouvrir le péritoine, tous les bords de la plaie sont badigeonnés avec des serviettes et des éponges

Digitized by Google

qui remplissent une double fonction, celle d'empêcher tout écoulement de pénétrer dans la cavité péritonéale, et celle d'empêcher la sortie des intestins. Si c'est un kyste qu'il opère, il le vide en partie avec un trocar de son invention. Alors il le saisit avec une pince de Museux, l'entraîne au dehors, débride les adhérences s'il y en a, et attache le pédicule avec du catgut ou de la soie préparée. Toutes les parties qui sont susceptibles de saigner sont ligaturées et retournées dans l'abdomen.

Les serviettes et les éponges sont retirées au fur et à mesure que l'on referme la plaie. Avec ces précautions, il ne s'introduit jamais de corps étrangers ni d'écoulements dans l'abdomen. Il fait le pansement de la plaie après qu'elle est suturée, avec de l'iodoforme qu'il met a profusion. Il couvre le tout avec de la gaze iodoformée, ensuite d'une épaisse compresse qu'il maintient en place avec des bandelettes de diachylon, le tout recouvert avec d'épaisses couches de ouate préparée maintenues par un fort bandage. Il ne met de drains que lorsqu'il y a eu beaucoup d'adhérences.

J'aurais bien voulu vous parler de Lucas Championière, qui est très brillant, mais comme ma lettre est déjà d'une longueur démesurée, ce sera pour une autre occasion.

Votre tout dévoué,

M. M. MITIVIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA.

Vingt-deuxième réunion annuelle tenue à Banff, les 12 et 13 août 1889.

Présidence du docteur Ross.

Membres par invitation : Drs. Whittaker et Wiggins, de Cincinnati, Drs. Buckley et Gibney, de New-York, Dr. Marcey, de Boston, Dr. P. S Connor, de Cincinnati, Dr. Gordon, de Quincy, Mass., Prof. Barker, de Philadelphie, Dr. Hannon, de Hoosac Falls, Dr. Lathrop, de Dover, N. H.

Le docteur Brett, de Banff, présente, au nom des citoyens de Banff, l'adresse suivante :

Au Président et aux Membres
de l'Association médicale du Canada.

Messieurs,

Nous, membres du comité des citoyens représentant la population de Banff, désirons, à l'occasion de la réunion annuelle de votre

Digitized by Google

importante association, vous dire combien nous apprécions l'honneur à nous conféré par le fait de cette réunion savante, et, à défaut d'une démonstration digne de la circonstance, vous souhaitons, avec cette simple adresse, la bienvenue au milieu de nous.

Nous croyons avoir sujet de nous féliciter du choix que vous avez bien voulu faire de cet endroit pour votre réunion, attendu que l'association à laquelle vous appartenez est éminemment nationale et ne pouvait trouver de site plus approprié à cette réunion que la petite ville de Banff, le centre même du Parc national du Canada.

Nous espérons que votre court séjour ici ne sera pas tout à fait sans intérêt pour vous, et que vous saurez trouver dans la grandeur du paysage, l'étendue et la variété des montagnes, forêts et rivières, dans les vertus salutaires les sources qui abondent ici et dont les propriétés curatives sont aujourd'hui si bien connues, vous saurez trouver, dis-je, plus d'un sujet digne d'attention, digne même d'être conservé précieusement, alors que vous serez partis, parmi tous les souvenirs qu'il fait bien de rappeler.

Avec l'assurance de notre désir sincère de rendre votre séjour ici le plus agréable possible.

Nous avons l'honneur d'être pour le comité des citoyens, etc., etc.

R. G. Brett,
F. J. Boswell,
B. B. C. O'Donoghue.

Banff, 12 août 1889.

Sur proposition du Dr. Roddick appuyé par le Dr. I. H. Cameron, les messieurs dont les noms suivent sont élus membres permanents, après paiement de la contribution annuelle entre les mains du Trésorier :

Dr. Spencer, Brandon, Manitoba ; Dr. J. W. Smith, Galt, Ontario ; Dr. G. A. Kennedy, McLeod, T. N. O. ; Dr. W. A. Ross, Barrie, Ontario ; Dr. H. B. McPherson, North Sydney, N. E. ; Dr. Geo. Riddell, Crystal City, Manitoba ; Dr. A. J. Rutledge, Moosomin, Manitoba ; Dr. H. L. McInnis, Edmondton, T. N. O. ; Dr. D. Young, Selkirk, Manitoba ; Dr. G. Fleming, Chatham, Ontario ; Dr. W. J. Mitchell, London, Ontario ; Dr. L. Johnston, Sydney Mines, C. B. ; Dr. Samuel Webster, Norval, Ontario ; Dr. W. P. Chamberlain, Morrisburg, Ontario ; Dr. Alex. Thompson, Strathroy, Ontario ; Dr. John J. Farley, Belleville, Ontario ; Dr. P. Robertson, St. André, Québec ; Dr. G. Lougheed, Petrolia, Ontario ; Dr. S. Selby, Haultaine, Maple Creek, T. N. O. ; Dr. W. J. Lindsay, Galgary, T. N. O. ; Dr. P. Aylin, Calgary, T. N. O. ; Dr. James Hayes, Simcoe, Ontario ; Dr. D Eberts, Nanaimo, C. B. ; Dr. G. A. Praeger, Nanaimo, C. B. ; Dr. S. J. Tunstall, Kamloops, C. B. ; Dr. Fagan, New Westminter, C. B. ; Dr. R. J. Bentley,

Digitized by Google

New Westminster, C. B.; Dr. F. H. Newburn, Lethbridge, T. N. O.; Dr. A. Oliver, Medecine Hat, T. N. O.; Dr. Reginald Henwood, Brantford, Ontario; Dr. A. J. Henwood, Brantford, Ontario; Dr. A. Jukes, Regina, T. N. O.; Dr. I. Harkness, Iroquois, Ontario; Dr. Webster, Kentville, N. E.

Le comité nommé au sujet de la réciprocité d'enregistrement n'est pas prêt à faire rapport.

Le docteur Ross présente le rapport du comité nommé au sujet de la révision de la Constitution. Ce rapport est renvoyé à la séance spéciale de 8 hrs P.M., pour discussion.

Les membres dont les noms suivent sont choisis pour former un comité dit de nominations:

Dr. Stewart, Pictou, N.-E.; Dr. Armstrong, Montréal, Que.; Dr. Roddick, Montréal, Que.; Dr Lachapelle, Montréal, Que.; Dr. Henderson, Kingston, Ont; Dr. H. Wright, Toronto, Ont.; Dr. Grassett, Toronto, Ont.; Dr. Chown, Winnipeg, Man.; Dr. O. C. Edwards, Qu'Appelle, T. N.-O.; Dr. Le Fevre, Vancouver, C. A.; le président et le secrétaire *ex-officio*.

Le secrétaire donne lecture du programme de la réunion et explique l'absence de programmes imprimés.

Le docteur Wright, président, prononce son discours d'ouverture.

La séance est ajournée à 8 hrs P.M., pour alors discuter les amendements à faire subir à la Constitution.

Séance du soir.

Après une discussion prolongée, les règlements de 1874 sont amendés.

Le docteur Trenholme, de Montréal, donne avis qu'il présentera la motion suivante: "Que le comité de nominations sera choisi par et pour chaque province, par les membres de chacune des provinces représentées à la réunion."

Il est résolu que les règlements tels qu'amendés seront proposés, pour adoption définitive, à la prochaine réunion annuelle.

Et la séance est levée.

Banff, 13 août, 1889.

Séance du matin.

Présidence du docteur Wright.

Les minutes de la séance précédente sont lues et adoptées.

M. Niblock, sous-surintendant de la division ouest du chemin de fer du Pacifique, est introduit par le président et prend la parole au nom des organisateurs du nouvel hôpital en cours de construction à Medicine-Hat.

Digitized by Google

Les docteurs F. W. Campbell et T. A. Rodger, de Montréal, donnent quelques informations au nom du comité nommé en rapport avec la réciprocité d'enregistrement.

Le docteur Campbell exprime l'idée qu'il serait impossible, dans les circonstances actuelles, d'obtenir la réciprocité entre le Canada et l'Angleterre.

Le comité est continué dans ses fonctions.

Les travaux sont alors présentés, lus et discutés, sans que l'assemblée se forme en sections.

1. Le docteur A. H. Wright lit un travail sur l'hématome du vagin et de la vulve. Discussion par les docteurs Jas. Ross, Muir, Marcey, Roddick, Trenholme et Sloan.

Le docteur Wright réplique.

2. Le docteur G. A. Kennedy, de McLeod, lit un travail sur le climat d'Alberta Sud, principalement en rapport avec les avantages qu'il présente à ceux souffrant de la poitrine.

Discussion par les docteurs Oldright, McInnis, Praeger, Bentley, Henderson, McLellan et Spencer.

Le docteur Whittaker parle aussi sur le sujet et s'étend principalement sur l'origine de la tuberculose.

Le docteur Ross rapporte un cas où il a constaté des signes non douteux de tuberculose chez un fœtus de huit mois, mort peu de temps après la délivrance.

Le docteur Kennedyréplique.

3. Le docteur V. P. Gibney, s'excuse de ne pas lire son travail "sur le Traitement des maladies de l'articulation de la hanche," sur lequel il ouvre la discussion en proposant de substituer le nom "Ostéite tuberculeuse de l'articulation de la hanche" à celui adopté jusqu'aujourd'hui; il recommande l'immobilisation absolue. La théorie américaine du traitement par la traction combinée au mouvement est devenue surannée. Ce qui vaut mieux, ce sont des béquilles axillaires, avec bandage adhésif en spica, comprenant le bassin et la cuisse, ou, s'il faut une attelle, une attelle-béquille partant du périnée.

Discussion par le docteur P. S. Connor, qui constate que 95 pour cent de tous les cas de maladie de l'articulation de la hanche sont de nature tuberculeuse. Quant au traitement, il recommande l'immobilisation au début; plus tard, l'arthrectomie, la résection ou l'amputation, le principe essentiel étant l'ablation complète de toute substance tuberculeuse.

Le docteur Strange n'est pas en faveur de l'excision. Il considère le traumatisme comme étant une cause ordinaire de la maladie.

Le docteur Roddick s'accorde avec les savants préopinants, et pense que le traumatisme est généralement en cause en même temps que la tuberculose. Il a foi en l'extension.

Le docteur Oldright rapporte deux cas.

Digitized by Google

Le docteur Praeger rapporte un cas où la maladie avait pour cause un coup porté sur la hanche gauche.

Le docteur I. H. Cameron recommande le traitement américain, ainsi que l'extension pratiquée par la méthode de Buck, jusqu'à ce que la rigidité musculaire soit vaincue, après quoi on applique des attelles et on pratique des mouvements passifs.

Le docteur Shepherd fait une distinction entre le traitement des cas d'hôpital et celui des cas où l'on peut avoir recours au changement de climat et autres mesures hygiéniques.

Le docteur Gibney réplique, et l'assemblée s'ajourne pour jusqu'à 2.30 P.M.

4. A la reprise de la séance, le docteur Buller présente un travail sur la prophylaxie de la surdité.

Le docteur Reeve insiste sur la nécessité de tenir en de saines conditions de propreté les cavités nasale et phoryngienne.

5. Le docteur Grassett lit un travail sur la fracture de Colle, et divise son sujet en trois sections: *a* Les cas où la fracture est complète; *b* ceux où il y a beaucoup de déplacement difficile à réduire; *c*. les cas se rencontrant chez les vieillards.

Discussion par les docteurs Roddick, Sloan, McLennan, Geikie, I. H. Cameron et Stockwell.

Le Dr. Grassett réplique.

6. Le Dr. Ross lit un travail sur le traitement efficace de l'empyème par l'incision.

Pas de discussion.

7. Le Dr. James Stewart lit une note sur le sulphonal.

Le Dr. Whittaker corrobore les remarques du Dr. Stewart. Il considère le sulphonal et la paraldehyde comme étant les deux plus puissants hypnotiques que nous possédions et les croit dépourvus de danger.

8. Le Dr. Reeve, de Toronto, présente un travail sur le traitement de l'élément douleur dans les maladies de l'œil et de l'oreille.

9. Le Dr. Whittaker lit une note sur la varicelle.

Discussion par les Drs. G. Ross et Bulkley.

10. Le Dr. Shepherd lit un travail sur la néphro-lithotomie.

Discussion par les Drs. Connor, Dupuis, Bell, Roddick.

11. Le Dr Bulkley lit un travail sur le diagnostic précoce et le traitement de l'épithélioma, traitant le sujet au point de vue clinique. Il proscrit l'emploi des caustiques faibles, tels que le nitrate d'argent, et recommande des applications adoucissantes et légèrement stimulantes au début. Dans les cas plus avancés on peut avoir recours à l'excision, le curettage, ou le thermocautère. Il a obtenu de bons résultats de la pâte de Marsden, qui est composée d'acide arsénieux et de gomme arabique, en volume égal.

Discussion par les Drs. Dupuis, Muir, Chamberlain, Wright, (d'Ottawa,) Shepherd, Roddick et Connor.

Réplique du Dr. Bulkley. Et la séance est ajournée à 8.30 p. m.

[*La fin au prochain numéro.*]

Digitized by Google

MÉDECINE

Nécessité du traitement antiphlogistique au début de la pneumonie et de la pleurésie aigues.—Clinique de M le prof. PETER à l'hôpital Necker.—Messieurs, je veux vous parler aujourd'hui de notre malade atteint de pleurésie avec épanchement et pour lequel nous en sommes à la quatrième ponction.

Pour moi, si une maladie franchement aiguë comme la pleurésie se transforme plus tard en maladie chronique, et finit souvent par amener la tuberculose, la faute en est à l'abandon de la médication rationelle qu'on lui appliquait autrefois.

J'écrivais déjà en 1869 ces choses que je suis obligé de rappeler aujourd'hui. Je suis amené à vous en parler de nouveau, tant à propos du malade qui se trouve en ce moment dans nos salles, que d'une discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie royale de médecine de Belgique et sur laquelle j'aurai à revenir.

Ceci n'est pas nouveau : Andral, Bouillaud, Grisolle, sont d'accord sur ce point qu'il faut dès le début de ces affections faire une médication antiphlogistique au moyen de la saignée, des ventouses scarifiées, des sangsues, et plus tard appliquer des vésicatoires.

C'est par le fait de diverses théories, où la bactériologie joue un rôle prépondérant, qu'on est arrivé à abandonner, bien à tort, la médication antiphlogistique.

Messieurs, il est des plus intéressant de constater comment évoluait autrefois la pleurésie. Si nous consultons les cliniques d'Andral nous y verrons 10 cas de pleurésie aiguë guéris en quelques jours. Dans ce temps, on se guidait sur ces deux indications : fièvre et point de côté. La saignée générale venait combattre la fièvre ; les ventouses scarifiées ou les sangsues atteignaient la maladie locale. Et presque instantanément on voyait la fièvre et le point de côté diminuer.

Qu'arrivait-il alors ? Eh bien, Messieurs, ceci est bien simple : dans la pleurésie, l'hyperhémie de la séreuse est la lésion initiale ; si on laisse marcher les choses, il y a une véritable phlogose, et une hypercrinie, qui amène l'épanchement. Si on enraye au contraire l'hyperhémie, on empêche l'hypercrinie de se produire : il n'y a pas d'épanchement. C'est ce qui se produisait dans les faits d'Andral : les malades guérissaient le plus souvent sans qu'il se fût produit d'épanchement.

Grisolle dans son traité de la pneumonie, fait la même constatation ; il déclare que la pleurésie aiguë doit être traitée dès le début

Digitized by Google

par la méthode antiphlogistique active. " C'est par l'absence de cette médication, dit-il, qu'on voit la pleurésie produire un vaste épanchement et, dans beaucoup de cas, passer à l'état chronique "

Bouillaud, par l'exagération qu'il apporte dans ce traitement, lui fit le plus grand tort : une réaction se produisit et la méthode antiphlogistique tomba en désuétude.

La bactériologie qui nous envahit porta le dernier coup à ce mode de traitement.

A l'heure qu'il est, la pneumonie est considérée comme une maladie à microbes. Dès lors, on n'a plus vu que ce microbe, et il s'est agi de le tuer ; d'où l'idée de faire des injections dans le poumon : mais il n'était guère possible, dans tous les cas, d'atteindre ainsi tous les microbes. Il suffisait qu'il en restât quelques-uns pour que la repullulation eût lieu. Le système a été bientôt abandonné. Le malheur est que ces théories ne conduisent pas du tout à une médication utile.

Messieurs, voici un exemple bien typique. J'ai eu l'occasion d'observer le fait suivant : J'avais ordonné à une jeune femme des bains sulfureux pour quelques douleurs. Elle ne comprit pas bien ma prescription et prit un bain froid. Le soir, point de côté épouvantable, début de pleurésie très net. Sangsues ou ventouses scarifiées. Le lendemain, le point de côté s'était atténué et, à l'auscultation, on entendait un frottement à la base.

L'épanchement ne se produisit pas : au bout de quatre ou cinq jours guérison.

Voyons au contraire ce qui arrive lorsque le traitement antiphlogistique n'est pas appliqué.

C'est précisément le cas du malade qui fait le sujet de cet entretien.

C'est un homme très robuste, âgé de 26 ans, charretier présentant des antécédents héréditaires excellents.

Ses père et mère, âgés de 62 et 63 ans, sont en bonne santé. Il a deux frères également bien portants.

Dans les derniers jours de mars, revenant de son travail dans sa charrette, il reçut une forte ondée à la suite de laquelle survint un frisson. Le lendemain, il travaille encore, quoique mal en train. Le surlendemain, il dut s'aliter. Mais il ne consulta pas de médecin, il ne vit qu'un pharmacien qui lui donna une purgation. Le onzième jour seulement, un médecin appelé constata l'épanchement et appliqua un vésicatoire. Le lendemain 12 avril, le malade se décidait à entrer dans notre service.

Dès son entrée nous constatons un très vaste épanchement. La ponction amena 2,600 grammes de sérosité citrine. Mais la fièvre continua, et l'épanchement commença bientôt à se reproduire. On appliqua des vésicatoires. Néanmoins trois semaines après, je fus obligé de ponctionner, à nouveau, et je tirai encore 2,600 grammes de sérosité citrine. Huit jours après, troisième ponction de 2,200

Digitized by Google

gr. Nous étions alors au quarantième jour de la maladie. La fièvre tombe et la guérison pouvait être espérée. L'auscultation indiquait que l'épanchement ne se reproduisait pas. Le malade se levait.

Mais depuis trois jours, il s'est produit une oppression très vive ; et les signes physiques révèlent une quantité de liquide aussi grande que lorsqu'il est entré dans le service.

Avant que le liquide ne se fût reproduit, on reconnaissait une matité absolue indiquant de très épaisses fausses membranes ; la respiration était un peu soufflante, avec de l'égophonie au quart inférieur. Le cœur dévié avait repris sa place.

Nous pensions que plus tard le thorax se déformerait, le poumon ne pouvant pas revenir sur lui-même. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées.

Messieurs, voici la courbe de température de ce malade, il présente des exercerbations fébriles. Un des plus distingués collègues à qui je l'ai présentée m'a répondu : c'est la courbe d'un phthisique.

Cependant notre auscultation, faite avec le plus grand soin, ne nous a révélé jusqu'ici aucun signe de tuberculisation. Le poumon du coté opposé à l'épanchement est absolument sain. Mais si ce malade n'est pas tuberculeux, il est peut-être destiné à le devenir.

Voici en quelques mots l'observation d'un malade qui présenta des symptômes assez analogues à ceux que je viens de vous exposer.

Il s'agit d'un soldat qui fut victime de la débâcle de Sédan. Il put fuir après la bataille et se réfugia en Belgique. Là il fut transporté dans un wagon à bestiaux non couvert, et pendant dix heures resta sous une pluie battante. Il éprouva un grand frisson, fut mal à l'aise, mais par suite des circonstances ne fut pas soigné. Ce n'est que trois ou quatre mois après, qu'à Anvers on reconnut un épanchement dans la plèvre ; on lui applique alors un vésicatoire et *des ventouses le long de la colonne vertébrale.* (1) Réintégré enfin en France il était toujours oppressé.

Le 1er avril 1872, il est entré à Lariboisière. On fit la ponction et l'on retira une quantité considérable de pus ; on dut avoir recours à de nouvelles ponctions et enfin à l'empyème. M. Dieulafoy lui mit une canule à demeure et lui faisait des injections de sulfate de zinc. Quoi qu'il en soit, il ne guérissait pas complètement. Au bout de quelque temps, il fut pris d'une petite fièvre le soir ; il commença à dépérir, et alors, au sommet du poumon opposé à l'épanchement, commencèrent à apparaître les signes non douteux d'une tuberculose au début.

Il succomba le 31 décembre 1873, trois ans et quatre mois après le début de l'affection.

On peut dire que nous avions vu et entendu naître cette tuberculose.

Il n'est pas douteux que la maladie était accidentelle et n'avait pas été traitée. La pleurésie est devenue hypercrinique et, sous

Digitized by Google

l'influence du temps et des mauvaises conditions hygiéniques, l'épanchement est devenu purulent. Sous l'influence de *l'insuffisance de l'hématose*, l'organisme a dépéri et le malade s'est tuberculisé.

Qu'il ait fait lui-même le bacille, ou que le bacille ait pu envahir un organisme devenu sans défense, peu importe. Tout vient de ce qu'on a laissé déterminer la pleurésie.

Messieurs il me paraît probable que le sort du malade qui est actuellement dans ce service sera le même.

Ce que je veux bien faire ressortir de cet exposé, c'est la nécessité, dans les pleurésies aiguës, de la médication antiphlogistique dès le début. Si l'on repousse la saignée, employez les ventouses scarifiées où les sangsues au nombre de 6 à 10.

Il arrivera peut être que les malades, ayant quelques teintes de notions médicales puisées dans les journaux politiques, vous opposeront leur état anémique ou même l'inutilité des moyens antiphlogistiques pour combattre des microbes. Dites-leur ce que vous voudrez et passez outre. Vous obtiendrez une amélioration rapide. Ultérieurement, appliquez des vésicatoires.

Je vous faisais allusion au commencement de cette leçon à une discussion devant l'Académie de médecine de Belgique, *sur le vésicatoire et la saignée.*

Voici ce que je trouve dans le bulletin du 25 mai 1889 :

M. Crocq, médecin du roi, dit que, pour lui, le cycle pneumonique n'existe pas. Il n'indique pas la marche de la maladie, mais seulement celle de la fièvre. La fièvre peut durer sept, huit, neuf jours, mais la maladie n'est pas par là terminée. La fièvre peut reparaître plus tard.

C'est également ce que j'ai observé : un malade, dont la fièvre était tombée le huitième jour, continua pendant cinq jours à rendre des crachats pneumoniques. Or le fait n'est pas indifférent, c'est ainsi que la pneumonie devient chronique.

Pour M. Crocq, la pneumonie soignée dès le début d'une manière convenable guérit rapidement. Pour lui, les cas de pneumonie chronique sont devenus plus fréquents depuis qu'on ne traite plus par la méthode antiphlogistique.

Ce sont exactement les considérations que j'ai essayé de vous graver dans la mémoire.—*France médicale.*

Névralgie sciatique.—Clinique de M. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Je désire vous parler aujourd'hui de deux malades, atteints de la même maladie, chez lesquels les résultats du traitement auquel nous les avons soumis nous ont offert une opposition frappante.

Le premier de ces malades, maçon, âgé de trente-deux ans, est entré à l'hôpital le 22 mai pour une sciatique gauche ; il en est sorti, complètement guéri, le 3 juin.

Le second, âgé de trente-et-un ans, également atteint de névral-

Digitized by Google

gie sciatique droite, est entré dans notre service le 8 mai ; aujourd'hui, 22 juin, il n'est pas encore guéri, et je crains pour lui qu'il n'ait à prolonger longtemps encore son séjour à l'hôpital sans même en obtenir des résultats tout à fait satisfaisants pour les fonctions compromises de son membre.

Quelle est donc la cause de cette différence frappante dans les résultats de la thérapeutique conduite pourtant avec la même prudence et le même soin pour l'un et pour l'autre malade ?

Evidemment il faut tout d'abord faire la part de l'individualité qui fait que la même maladie revêt des allures bien différentes dans sa marche, dans l'intensité de ses symptômes, dans sa durée et dans sa terminaison, suivant qu'elle s'attaque à tel ou tel individu d'idiosyncrasie différente.

Mais l'individualité suffit-elle toujours et uniquement pour expliquer cette diversité de résistance qu'oppose la maladie à la thérapeutique ?

Dans le cas particulier qui nous occupe, ne pouvons-nous pas invoquer autre chose que l'idiosyncrasie pour expliquer les effets si opposés obtenus par le même traitement appliqué à deux malades atteints de la même maladie ?

En nous adressant à l'étiologie, nous pouvons avoir l'explication de cette diversité de résistance de la maladie par la diversité des causes qui l'ont produite chez l'un et l'autre malade.

En effet, chez le premier malade guéri, la maladie a été accidentelle ; la névralgie sciatique s'est déclarée à la suite d'un violent effort avec le membre inférieur gauche, et la douleur a atteint rapidement son maximum d'intensité de telle sorte que le malade s'est vu dans l'impossibilité de continuer son travail et est entré immédiatement à l'hôpital.

Chez le second malade, qui se trouve toujours dans notre service, la sciatique s'est installée spontanément, lentement, sournoisement ; nous n'avons pu saisir la moindre cause de production de la maladie, pas même l'impression du froid.

Or vous savez combien plus de résistance rencontre la thérapeutique de la part des maladies dites spontanées que de la part des maladies accidentelles.

Cette différence de résistance entre les maladies spontanées et les maladies accidentelles tient en grande partie à ce que dans le premier cas le malade ne s'aperçoit guère, ou néglige les premiers symptômes modérés par lesquels se traduit le début de sa maladie, il ne songe à se faire soigner que quand l'intensité des symptômes l'y oblige, alors que des lésions profondes se sont déjà opérées dans l'organe malade. Au contraire, dans les maladies accidentelles, la brusquerie du début, la rapidité avec laquelle se produisent les manifestations de la maladie, entraînent de bonne heure l'intervention de la thérapeutique qui peut arrêter les lésions dans leur marche et prévenir l'aggravation du mal.

Digitized by Google

C'est ainsi que notre second malade a promené sa sciatique pendant un mois après les premiers symptômes névralgiques, et ce n'est que quand il s'est vu impotent qu'il est entré à l'hôpital.

Il est évident qu'au point de vue anatomique, les lésions du nerf chez ce malade sont bien plus sérieuses que ne l'étaient celles du premier à son entrée à l'hôpital. La congestion du tissu conjonctif périfasciculaire et du névrilème qui constitue la névralgie sciatique s'est transformée chez notre malade en une lésion parenchymateuse et a donné lieu à une névrite.

A propos de l'étiologie, je veux vous rappeler combien sont multiples les causes de sciatique.

L'impression du froid est une des causes les plus communes de cette névralgie; puis viennent les compressions de différents ordres et les contusions; le rhumatisme, la goutte; les affections viscérales; l'anémie, les fièvres palustres, le saturnisme.

A propos des compressions, je désire appeler votre attention sur la sciatique produite par la congestion veineuse du plexus pampiniforme, consécutive à la congestion des veines du cordon, qui constitue la varicocèle. On conçoit aisément que la propagation de la congestion veineuse du cordon puisse atteindre le plexus veineux inextricable intra-pelvien et produire une tumeur qui comprime le nerf sciatique à son émergence du canal vertébral.

A propos de l'étiologie de la sciatique, j'appellerai encore votre attention sur une erreur fréquemment commise. Quand on est en présence d'un rhumatisant atteint en même temps de sciatique, on est toujours tenté d'attribuer la sciatique au rhumatisme. Il est vrai que dans la plupart des cas de rhumatisme avec sciatique concomitante, celle-ci est d'origine rhumatismale; mais cela n'arrive pas toujours, et il faut se garder de renoncer à l'examen étiologique parce que l'on a affaire à un rhumatisant. Il se peut fort bien que le rhumatisme ne soit nullement responsable de la névralgie concomitante. Et au point de vue du traitement, cela a une grande importance, vu que dans le cas de sciatique rhumatismale le salicylate de soude est tout indiqué, tandis qu'il est inefficace dans la sciatique d'origine différente.

Le malade dont je vous ai parlé, qui est sorti guéri, avait eu jadis une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Aussi ai-je été tenté tout d'abord d'attribuer sa situation au rhumatisme et lui ai-je donné du salicylate de soude qui n'a rien fait.

En ce qui concerne le traitement, le repos absolu est de rigueur dans la sciatique récente, quelle que soit l'acuité de la douleur, pour prévenir l'impotence du membre, consécutive à la névrite qui succède souvent à la congestion du nerf.

Ventouses scarifiées au-dessous du pli fessier, dans le creux poplité, au mollet.

Injections hypodermiques de morphine si les douleurs sont trop intenses.

Digitized by Google

Vésicatoires à répétition çà et là du membre, ou bien en longues bandes recouvrant la partie postérieure et latérale externe du membre.

Comme médication interne :

Si la sciatique est d'origine rhumatismale, le salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour ; dans tous les autres cas le bromhydrate de quinine est indiqué à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, si le membre le tolère.

Si la maladie ne cède pas à cette médication, ce qui nous arrive avec notre malade, il faut insister sur la médication topique.

Dans la période chronique, si le traitement précité échoue, il faut avoir recours aux pulvérisations avec le chlorure de méthyle, qui paraît avoir donné quelques bons résultats entre les mains de M. Debove, qui l'a préconisé le premier.

Mais il faut se servir de cet agent avec prudence pour éviter la production d'eschares et d'ulcérations.

Les bains de vapeurs simples ou térébenthinés sont aussi indiqués dans la sciatique chronique.

L'acide osmique en solution au centième que l'on a préconisé n'est pas efficace, et un médecin américain, Jacobi, qui s'en est servi pour une névralgie du plexus brachial, a remarqué une paralysie du radial imputable à l'acide osmique.

Les eaux thermales à température très élevée sont recommandées à juste titre dans le traitement de la sciatique chronique. Parmi ces eaux, il faut citer en première ligne celles de Wiesbaden, des deux Aix, etc.

Recommandables sont également les bains de boue à Dax, etc. —*Praticien.*

La misère agent provocateur de l'hystérie.—M. Charcot montre à sa leçon deux malheureux sur lesquels la fatalité paraît acharnée ; tous deux sont hystériques, hémianesthésiques, l'un est hémiparétique. Le premier de ces hommes, fils de gens plus ou moins anonymes, a couché dans les fours à plâtre jusqu'à vingt ans, s'est engagé dans la marine, s'est fait condamner à mort pour avoir jeté un officier à l'eau dans un moment d'oubli... Gracié, puis envoyé dans les disciplinaires, il s'échoue en Nouvelle-Calédonie, revient en France, dirige une ménagerie, un établissement de décapité parlant, enfin, exerçait il y a peu de temps la profession de sauvage, avalait des lapins crus, etc.

L'autre malheureux, fils d'un ramasseur de champignons, affreusement ivrogne, est porteur de deux pieds bots, bégaie affreusement et roucoule des chansons sentimentales dans les cours ; il ne mange pas tous les jours, mais couche à peu près régulièrement dehors. Ces deux faits viennent à l'appui de cette idée qui ne tardera pas à être une vérité reconnue de tous, c'est que l'hystérie mâle est très fréquente ; c'est que, si un médecin s'attachait à

Digitized by Google

étudier les dépôts de mendicité, les prisons et les bagnes, il se trouverait en présence d'une foule d'hystériques mâles. C'est là la vraie hystérie, et bientôt on dira que les hommes hystériques sont plus nombreux que ne le sont les femmes atteintes de la même affection. *Gazette hebdomadaire.*

Paralysie alcoolique des membres inférieurs.—La paralysie présente les caractères suivants : Pieds tombants. Paraplégie absolue, rétractions tendineuses, troubles trophiques caractérisés par de la peau lisse et des changements de coloration du tégument, de l'atrophie musculaire ; de générations électriques des muscles ; l'absence de réflexes tendineux ; de la dysesthésie, une hyperesthésie vive de la peau, des masses musculaires et même des tendons, le tout précédé d'une période où ont dominé les douleurs à type fulgurant, ainsi qu'un délire spécial dans lequel le malade voyait des bêtes, des reptiles, etc.

Quand on saura que le malade avait des habitudes alcooliques invétérées, on eliminera tout d'abord la paralysie infantile et enfin dans le groupe des paralysies toxiques on écartera le béribéri, l'arsenic et le saturnisme qui atteint surtout les membres supérieurs et on portera le diagnostic de paralysie alcoolique.

Les rétractions fibreuses s'étant produites, il faudra comme cela se passe pour certaines contractures hystériques, recourir à l'intervention chirurgicale.

Le pronostic de ces paraplégies est relativement favorable, il faut savoir cependant que parfois la vie est en jeu, et qu'au lieu de limiter à la périphérie, la maladie peut attaquer le bulbe (Broadbent) et tuer en peu de temps par le cœur et la respiration.

M. Charcot a vu lui-même un semblable cas chez une jeune américaine.—*Gazette hebdomadaire.*

Asthme, traitement.—Leçon de M. le professeur Dieulafoy, à la Faculté de Médecine de Paris.—Après vous avoir décrit longuement l'étude clinique de l'asthme, il me reste maintenant à vous exposer la thérapeutique de cette affection qui, comme vous le savez, est une névrose presque toujours diathésique et héréditaire. Le traitement doit occuper une place très importante, car, lorsqu'il est bien dirigé, il donne les meilleurs résultats ; une division est nécessaire : d'abord comment doit-on traiter l'*accès* à ses diverses périodes, ensuite comment doit-on traiter l'*attaque* et enfin comment doit-on traiter l'*asthme lui-même en tant que diathèse ?*

Si l'*accès commence* ou va *commencer :* faites badigeonner le nez, en remontant aussi haut que possible, avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Eau distillée	20 "

Digitized by Google

Ou bien pulvérisez dans le nez ou dans la gorge, pendant 4 à 5 minutes, au moyen d'un petit pulvérisateur à eau chaude, une cuillerée à bouche de cette solution, et souvent l'accès avortera. Si ce moyen ne réussit pas, faites respirer fortement 6 à 12 gouttes de pyridine versées sur un mouchoir, ou bien mettez près du lit du malade une assiette renfermant 3 ou 4 grammes de pyridine. Vous pouvez employer simultanément, s'il le faut, la cocaïne et la pyridine.

Si ces deux médicaments n'ont pas réussi et si l'*accès a commencé*, vous pouvez encore l'enrayer ou le modifier notablement par les fumigations de datura stramonium, de papier nitré, par les cigarettes Espic. Voici comment j'ai l'habitude de procéder : je fais fumer une grosse pipe en terre dans laquelle je fais disposer alternativement et en plusieurs couches stratifiées des feuilles pulvérisées de datura et du papier nitré en très petits morceaux. Vous essayerez en même temps la cocaïne et la pyridine.

Si l'*accès est à son apogée*, vous formulez l'injection hypodermique suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	0, 10 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes,

et, si vous ne connaissez pas la susceptibilité du malade à la morphine, vous lui en injectez une demi-seringue de Pravaz ; de cette façon, vous arriverez souvent à juguler l'accès ; si cette dose ne suffit pas, un quart d'heure après vous injecterez une autre demi-seringue.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de l'*attaque*. Le professeur Jaccoud en fait prendre 1 gr. 50 à 2 grammes par jour. Il est bon de ne pas en ordonner d'emblée 1 gramme : si le malade n'y est pas habitué, il peut se produire en effet dans ce cas de l'écoulement nasal, du larmoiement, de la céphalée, de la sècheresse de la bouche, en un mot tous les phénomènes de l'iodisme ; il faut commencer par la dose de 25 centigrammes par jour et arriver à 1 gramme et à 1 gr. 50, 2 grammes si l'asthme est invétéré. A l'iodure de potassium, Trousseau associait la teinture de lobélie à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour.

Le traitement de l'*asthme en tant que diathèse* est aussi d'une efficacité absolue à la condition d'être bien conduit ; on arrive à prévenir les accès et les attaques et à les faire disparaître même pendant un temps plus ou moins long. On a recours pour cela à trois médicaments : l'iodure de potassium, la belladone et l'arsenic ; voici comment je vous conseille de les administrer : Pendant une quinzaine de jours vous faites prendre au moins 1 gramme, et même, si c'est possible, 2 grammes d'iodure de potas-

Digitized by Google

sium par jour. Puis pendant quinze jours également, vous ordonnez la belladone sous la forme suivante :

Poudre de feuilles de belladone...	ãã 0,20 centigr.
Extrait de belladone	

pour 20 pilules, à prendre chaque matin, d'abord une demi-pilule, puis une pilule. En même temps, vous donnez une cuillerée à café par jour de la solution suivante :

Arséniate de soude.....	0,05 centigr.
Eau distillée	80 grammes.

Au bout de ces quinze jours, vous faites reprendre pendant une quinzaine l'iodure de potassium, et ainsi de suite pendant trois à six mois.

Si le malade est atteint d'emphysème, vous emploierez avec succès les bains d'air comprimé ; s'il est atteint de catarrhe pulmonaire, vous l'enverrez au Mont-Dore, à la Bourboule ou à Royat.

Vous interdirez à vos malades le séjour dans les montagnes et dans les pays à altitude élevée.

Enfin vous n'oublierez pas que les accès d'asthme peuvent être provoqués ou réveillés par les causes les plus diverses et les plus bizarres : par les moindres odeurs, par l'odeur de framboise (tel était le cas de Cl. Bernard), par les foins, par les vapeurs d'une allumette soufrée qu'on vient d'allumer, par la poussière d'avoine (tel était le cas de Trousseau), par la poudre d'ipécacuanha, etc. ; tel malade est pris d'asthme quand il habite telle région ou telle ville, qui n'en a pas quand il habite ailleurs.—*Praticien.*

—Le médecin s'agite et la maladie le mène.

—Il faut connaître beaucoup de remèdes et ne prescrire que peu de drogues.

—A l'encontre des autres arts, c'est l'ouvrier, en thérapeutique, qui fait valoir l'outil.

—Beaucoup de médicaments échouent entre des mains inexpérimentées, qui font merveille ordonnés par un maître.

—La confidence d'une erreur médicale équivaut, aux yeux de certaines gens, à l'aveu d'un homicide par imprudence.

—Un médecin qui prescrit un remède sans en connaître exactement les propriétés et la posologie, joue à pile ou face la santé de son malade et sa propre réputation.

Digitized by Google

CHIRURGIE

Diagnostic des tumeurs de la vessie.—Clinique de M. le professeur GUYON, à l'hopital Necker.—Le malade que je propose d'opérer dans quelques instants devant vous, est couché au No. 9 de la salle Civiale. C'est un homme de 59 ans d'une assez robuste constitution; ce qui en lui vous a certainement frappé, c'est la pâleur de son visage, ses lèvres décolorées et le facies particulier que donne une anémie profonde ou une abondante perte de sang,

Son histoire clinique se résume en peu de mots. Il n'a, en effet. aucun antécédent morbide pas plus dans l'appareil urinaire que du côté des autres organes. Il y a deux ans et demi il s'aperçut tout à coup qu'il urinait du sang, alors que la miction précédente avait été parfaitement normale; l'urine qu'il rendait était rouge, non pas simplement tentée mais d'un aspect rutilant, analogue à celui du sang pur; à la miction suivante le liquide présentait le même caractère et semblait manifestement rouge foncé du commencement à la fin. Pendant 8 jours ce phénomène se reproduisit puis disparut subitement. Aucune cause ne pouvait être invoquée : les habitudes du malade n'avaient pas changé il n'avait fait aucun écart de régime, aucun effort brusque; il ne se rappelait ni marche forcée ou prolongée, ni course en voitures, ni retenue prolongée de l'urine. L'apparition du sang était donc bien réellement spontanée et rien ne pouvait l'expliquer. D'ailleurs, pendant les huit jours qu'elle dura, le changement de coloration de l'urine constitua à lui seul toute la symtomatologie; les besoins ne furent ni douloureux ni impérieux et si les mictions étaient un peu plus répétées, c'est que le malade fort anxieux, cherchait à constater fréquemment si l'urine ne redevenait pas limpide.

Une fois cette première crise hématurique dissipée, près de deux ans se passèrent sans qu'aucun symptôme anormal apparut, l'urine resta parfaitement limpide et les mictions normales de jour et de nuit.

Vers le milieu du mois de novembre 1888 survint une nouvelle hématurie, revêtant exactement les mêmes caractères que la première, elle apparaît en pleine santé, sans provoquer, ni douleur ni fréquence, ni aucun trouble dans l'appareil urinaire. Cette fois, la durée de la crise fut un peu plus longue : quinze jours après seulement l'urine redevint subitement limpide.

L'accalmie dura elle-même moins longtemps et six mois après, dans le courant de mai 1889, l'hématurie reparut. Depuis lors, il

Digitized by Google

y a environ cinq à six semaines, l'hémorrhagie a continué. Lorsque nous avons dit au malade d'uriner devant nous, vous avez pu constater que le liquide était d'un rouge foncé ; quoique cette coloration fut répartie uniformément dans toute la masse urinaire, les dernières gouttes cependant paraissent un peu plus foncées ; vous verrez ce symptôme acquérir une signification plus précise, lorsque je vous parlerai de l'exploration par le cathétérisme.

Dès maintenant, messieurs, la marche des symptômes ou plutôt du seul symptôme observé, de l'hématurie, nous permet de faire une partie du diagnostic : il s'agit d'un néoplasme de l'appareil urinaire. Une telle modalité est caractéristique ; parmi les caractères de cette hématurie, la spontanéité absolue est le plus important. Aucune autre affection vésicale ou rénale ne prête à confusion sur ce point. Les calculeux urinent souvent du sang ; mais une cause provocatrice toujours bien nette : c'est après une course en voiture, une marche forcée ; les prostatiques aussi présentent souvent des hématuries formidables et auxquelles ils succombent quelquefois, mais elles succèdent à une rétention, à une évacuation trop rapide, à une congestion très violente. Dans les cystites chroniques invétérées ou blennorrhagiques, dans la tuberculose, du sang apparaît, il est vrai, spontanément ; mais c'est avec l'expulsion des dernières gouttes et la quantité n'en est jamais aussi considérable que dans les hématuries du néoplasme.

Ces dernières cèdent toujours spontanément comme elles se sont montrées ; enfin elles se prolongent pendant un temps qui est toujours plus ou moins long.

Dans un tel ensemble rien n'indique si la source de l'hémorrhagie réside dans la vessie ou dans le rein. Sans doute les hémorrhagies d'origine rénale sont souvent d'une durée moins longue ; elles diminuent d'importance à mesure que la tumeur s'accroit, enfin elles présentent pendant une même crise des intermittences dues à l'oblitération passagère de l'uretère par un caillot. Mais ces phénomènes sont inconstants et c'est sur d'autres symptômes que vous devez vous appuyer. Lorsque j'ai examiné le malade qui fait l'objet de cette leçon, vous m'avez vu explorer de suite la région scrotale et rechercher s'il existait un varicocèle : je n'en ai trouvé de trace d'aucun côté ; en second lieu les régions rénales, par la manœuvre du ballottement que je vous ai fait connaître : ces glandes ne sont pas appréciables par la palpation ; leur volume n'a donc pas augmenté.

L'hématurie symptomatique d'une tumeur du rein s'accompagne en effet, dans l'immense majorité de ces deux signes presque constants : le développement d'un varicocèle du côté de la tumeur, dû à la compression des veines spermatiques par la tumeur d'une part et, d'autre part, d'une tuméfaction rénale qui est presque toujours notable dès que l'hématurie s'est manifestée.

Il devenait donc probable que le néoplasme qui avait amené

Digitized by Google

ces hématuries avait son siège dans la vessie; mais il fallait le constater directement.

Je passe rapidement sur l'étude des urines que vous avez vues recueillies dans un bocal à côté du lit. Elles sont rouges et présentent au fond du vase un dépôt constitué par des caillots : l'examen histologique de ces masses a été fait et on n'y a trouvé que les éléments du sang et quelques cellules épithéliales sans caractères pathognomoniques. Il était important de rechercher si des débris provenant d'une tumeur ne s'y rencontraient pas; je n'ai pas été étonné du résultat négatif des recherches; des débris d'une tumeur ne se détachent que lorsque celle-ci atteint une période avancée de son développement. Les renseignements ainsi fournis ne possèdent pas d'ailleurs toute la précision qu'on serait tenté de leur attribuer tout d'abord, car les tumeurs vésicales sont souvent constituées par des parties de nature différente, et l'examen histologique peut conclure par exemple à une tumeur bénigne alors que les parties profondes sont de mauvaise nature.

Les moyens que j'ai employés ponr pratiquer l'examen physique de cette vessie ont été successivement : le toucher rectal, le palper hypogastrique; enfin le cathétérisme. C'est de celui-ci que je vous parlerai tout d'abord.

Après m'être assuré, à l'aide d'un explorateur à boule, que le canal était libre, j'ai introduit une sonde molle, en caoutchouc rouge, et j'ai laissé l'urine s'écouler librement : vous avez pu voir que toute la masse est sortie uniformément colorée; puis, laissant la sonde en place pendant quelques instants, du sang presque pur s'est montré avec la dernière goutte. Pour rendre ce phénomène encore plus net, j'ai lavé la vessie avec une solution boriquée; à chaque évacuation, ce liquide ressortait de moins en moins teinté; puis la sonde étant une dernière fois laissée en place, vous avez vu de nouveau du sang pur apparaître à la fin; il devenait évident que la source résidait dans la vessie, car si l'urine était apportée toute chargée de sang des reins, la coloration aurait été toujours uniforme et les dernières gouttes n'auraient pas présenté une coloration plus foncée comme lorsque l'œil de la sonde est en contact direct avec la source de l'hémorrhagie.

Je vidai une dernière fois la vessie et je retirai la sonde sans introduire un instrument métallique, car je considère cette manœuvre comme étant ici inutile et dangereuse. En effet un explorateur à bec court, comme celui dont je me sers pour la recherche d'un calcul et qui est le plus précieux pour ces sortes de manœuvres intravésicales, renseigne mal sur la présence d'une production molle telle qu'une tumeur de petit volume. Or, chez notre malade il est très probable qu'il en est ainsi, car l'accroissement de ces néoplasmes est habituellement d'une grande lenteur. Dans le cas présent on ne peut faire remonter le début au delà de trois ans, et toute la symptomatologie se réduit à des hématu-

Digitized by Google

ries ; il y a donc lieu de croire que la tumeur est petite. Par conséquent, il est probable que son contact avec l'instrument métallique n'éveillerait aucune sensation. Les seuls indices précis qu'on ait a recueillir en pareil cas sont une difficulté plus grande des mouvements de l'instrument dans une des régions de la vessie ; or il est certain ici que la tumeur n'occupe pas une place notable dans la cavité vésicale.

Mais la considération qui m'a surtout guidé est le danger que j'aurais fait courir au malade. Vous vous rappelez qu'il est en pleine période hématurique : les manœuvres vésicales doivent par conséquent être réduites à leur minimum ; le moindre attouchement, une évacuation conduite avec toute la prudence voulue, exaspèrent l'écoulement sanguin et en effet dans la journée qui a suivi l'introduction d'une sonde molle, les caillots ont été trouvés au fond du vase en abondance bien plus considérable que les jours précédents. Les mouvements d'un instrument métallique sont beaucoup plus offensifs et auraient pu provoquer une hémorrhagie dont l'abondance même aurait constitué un véritable péril pour le malade.

Ce n'est pas à dire que vous deviez rejeter complètement l'emploi d'un explorateur métallique pour ce diagnostic des tumeurs vésicales ; mais vous devez choisir votre moment. Dans la période où la vessie ne saigne pas, une exploration doucement conduite est ordinairement inoffensive ; mais vous devez vous en abstenir en présence d'une hématurie ; les renseignements que vous recueillerez ainsi sont trop peu précis et trop livrés au hasard pour être mis en balance avec les accidônts qu'on peut ainsi provoquer.

L'examen de la région hypogastrique, isolément pratiqué ne peut rien nous apprendre ; j'avais eu soin de mettre la vessie à sec ; dans ces conditions il faut qu'une production de la prostate ou de la vessie soit énorme pour être constatée à travers les téguments. Il n'en est pas de même en combinant cette palpation avec le toucher rectal. J'aurai à revenir sur cette manœuvre ; mais je puis dès maintenant vous dire qu'on parvient en déprimant les tissus hypogastriques et en les portant à la rencontre du doigt rectal, a constater des différences d'épaisseur parfois très minimes de la paroi vésicale : dans le cas actuel, j'ai parfaitement senti qu'elle était sensiblement située sur le côté droit de la vessie.

C'est du toucher rectal que j'ai tiré les indications les plus précieuses, et cependant, messieurs, je dois vous déclarer que je trouvais toutes les régions explorées parfaitement normales. Ces deux affirmations vous semblent peut être contradictoires et la deuxième proposition semble paradoxale. Il n'en est rien cependant, mais il est utile de donner quelques explications sur ce point.

En présence d'une tumeur de la vessie, le bas fond de cet organe peut ce présenter au doigt qui pratique l'exploration par

Digitized by Google

la voie rectale sous trois aspects différents. Dans une première forme, il est occupé par des bosselures, des irrégularités parfois même des masses comme marronées et résistantes, ou donnant lieu à la sensation d'une vessie non complètement évacuée : il s'agit alors d'une tumeur qui a envahi toute la paroi vésicale, qui s'y est infiltrée et a amené des désordres contre lesquels une intervention chirurgicale est impuissante. Je n'ai pas a discuter ici s'il y a des circonstances qui peuvent vous forcer néanmoins à ouvrir la vessie ; mais une telle constatation fera écarter toute idée d'extirpation totale du néoplasme, en un mot d'opération radicale.

Un second cas se présente dans lequel la paroi vésicale paraît intacte et physiologique à la surface, du côté du rectum ; mais en exerçant sur un point une pression un peu forte on constate qu'elle est moins dépressible, qu'elle résiste davantage ; il existe alors sur ce point une production morbide plus ou moins pédiculée, qui peut même présenter un certain degré d'infiltration, histologiquement appréciable, mais que le toucher ne vous révèle pas, pas plus que la vue lorsque vous avez ouvert la vessie. Une opération en pareil cas vous donnera des résultats variables, et qui sont subordonnés à l'étendue de cette infiltration. Mais vous êtes autorisés à chercher une extirpation totale et rien ne vous indique si vous avez ou non dépassé les limites du mal.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, le toucher rectal est complètement négatif, comme chez notre malade ; vous pourrez constater en effet que la prostate est régulière, d'un volume plutôt petit eu égard à l'âge du malade, les vésicules sont saines ; enfin au-dessus on sent le bas-fond de la vessie lisse, uni, dépressible et d'une homogénéité parfaite. Devrez-vous pour cela repousser le diagnostic de tumeur de la vessie ? Bien au contraire : d'abord des tumeurs peuvent se développer dans une région vésicale autre que le bas-fond et cette dernière région reste alors bien entendu, tout à fait normale.

Mais l'absence de signes physiques que vous fait constater le toucher rectal vous permet une autre conclusion ; c'est que la tumeur est petite, c'est qu'elle ne s'implante que sur une petite étendue, qu'elle est très probablement pédiculée ; en un mot elle vous offre les meilleures conditions opératoires.

L'interprétation de tels signes négatifs, sur laquelle j'insiste depuis plusieurs années déjà, n'a pas toujours été bien comprise, aussi bien en France qu'à l'étranger, et beaucoup de chirurgiens ne lui attribuent pas toute la valeur qu'elle comporte. Il semble que le fait de ne pas constater la tumeur par le toucher, retire le droit de poser un diagnostic Or vous avez pu voir qu'en étudiant avec soin les symptômes fonctionnels, en suivant pas à pas la marche de l'affection nous arrivons à un diagnostic certain. L'exploration rectale précise le diagnostic et nous indique quelles sont

Digitized by Google

les connexions de la tumeur. A ce point de vue, nous en savons autant lorsque nous avons eu sous le doigt une paroi dépressible et normale que lorsque nous sentons des masses indurées et bosselées. Dans le premier cas la tumeur est petite ou pédiculée, non infiltrée; dans le second la paroi est toute entière envahie.

Les conséquences opératoires en découlent d'elles-mêmes, et c'est au point de vue opératoire que cette constatation est surtout importante. La nécessité d'un diagnostic précis a conduit Thompson, vous le savez, à pratiquer une operation exploratrice, une boutonnière périnéale par laquelle le doigt va explorer la vessie et se rendre compte du volume, du nombre, de la forme des productions. Il ne faut pas croire qu'une constatation de ce genre soit facile : l'exploration digitale est elle-même forcément incomplète, surtout au point de vue des connexions avec la paroi ; après avoir exploré la surface libre de la tumeur on ne sait guère mieux si la paroi vésicale est infiltrée et à quel degré : or vous venez de voir que le toucher rectal vous donne ces renseignements avec une précision plus grande ; le touchér direct de la tumeur à travers une étroite ouverture ajoute peu de chose à ces renseignements.

Au toucher rectal ainsi pratiqué il faut joindre la palpation hypogastrique. Cette exploration bimanuelle, après évacuation de la vessie, permet de sentir, lorsque le sujet n'est pas obèse, la différence d'épaisseur et de souplesse de la paroi. Chez notre malade, je vous l'ai dit, c'est du côté droit que la paroi paraît ainsi épaissie.

Il me reste à vous dire quelques mots de l'emploi de l'endoscope qui est fort en honneur aujourd'hui, et notamment en Allemagne où Nitze a surtout contribué à en vulgariser l'usage. Je n'ai même pas essayé de l'appliquer ici même en l'absence presque complète de signes physiques. En voici les raisons : si l'introduction d'un explorateur métallique m'a semblé contre-indiqué et si je l'ai considéré comme offensif, à plus forte raison devais-je m'interdire de faire pénétrer dans la vessie un instrument plus volumineux et d'un maniement moins commode. Mais en outre toute tentative d'éclairage de la vessie aurait été vaine. Vous savez avec quelle facilité la paroi saigne au moindre contact : or la condition première et absolument nécessaire pour un examen cystoscopique est d'avoir un milieu limpide, une quantité faible de sang suffit pour obscurcir toute la cavité et cet accident se serait infailliblement produit dès les premières manœuvres. Cet examen n'est possible que dans les intervalles des hématuries, je n'aurais donc pas pu m'y livrer car depuis que notre malade est soumis à notre observation, il n'a pas présenté un seul jour des urines assez claires pour qu'on pût tenter d'éclairer sa vessie.—*Gazette médicale de Paris.*

Digitized by Google

Traitement du tétanos par le repos absolu.—Le professeur DE RENZI rapporte une observation de tétanos traumatique guéri par le repos absolu : cette méthode diminue la fréquence des crises et par conséquent expose moins à la mort par épuisement consécutif ou par suffocation dans les crises elles-mêmes. Il est à noter que la maladie est alors plus longue et qu'elle paraît gagner en durée ce qu'elle perd en intensité. L'auteur résume sa méthode dans les propositions suivantes :

1° Le malade, les oreilles obturées par du coton ou de la cire, doit demeurer dans une chambre parfaitement obscure et tranquille, après qu'on lui a fait connaître que la guérison dépend de son repos absolu.

2° On étendra des nattes dans la chambre du malade et dans les chambres voisines pour atténuer le bruit des pas.

3° La chambre doit être ouverte toutes les quatre heures et avec de grandes précautions. Les aliments seront toujours liquides (lait, œufs battus dans du bouillon, eau vineuse, etc.) et versés directement dans la bouche du malade avec un récipient à bec.

4° Il ne faut entrer dans la chambre du malade qu'avec une lanterne sourde.

5° Lorsqu'il existe de la constipation comme dans le cas en question, se garder des purgatifs et des lavements, le repos complet devant être cherché avant tout.

6° Si les douleurs sont intenses on les calmera avec la poudre de belladone et le seigle ergoté.—*Lyon médical.*

De l'emploi de la cocaine dans le traitement des affections des voies urinaires.—Lorsque l'action analgésiante de la cocaïne sur l'œil fut bien démontrée en 1884, plusieurs chirurgiens s'empressèrent de l'employer dans la lithotritie et dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, mais peu s'occupèrent de voir ce que pourrait donner cette substance anesthésique dans le traitement des cystites. Je crois avoir été l'un des premiers à étudier cette question, à continuer les recherches d'une façon suivie et dans des cas de plus en plus graves. J'ai étudié en même temps l'action de la cocaïne dans d'autres affections des voies urinaires.

Dans les rétrécissements de l'urèthre, j'ai constaté que pour obtenir à l'aide de la cocaïne une anesthésie à peu près complète, il faut avoir soin de mettre la solution calmante en contact non seulement avec l'urèthre pénien, mais aussi avec l'urèthre postérieur et le col de la vessie, ce qui ne pourra être obtenu qu'en injectant la solution de chlorhydrate de cocaïne sans sonde à l'aide du petit appareil spécial que j'ai décrit dans ma thèse. Si l'on se contente d'anesthésier uniquement la région pénienne, les malades souffrent dès que le cathéter pénètre dans la région membraneuse.

Digitized by Google

Dans la lithotritie, j'ai remarqué, comme la plupart des chirurgiens qui ont employé la cocaïne dans cette opération, que cette substance ne présente point ici les mêmes avantages que la chloroformisation, surtout si l'on doit se servir de l'aspirateur.

Dans les cystites, la cocaïne donne au contraire des résultats merveilleux. Mes premières observations ont été communiquées le 30 juin 1887 à la Soc été de médecine pratique. J'ai cité de nouvelles observations à cette Société le 5 avril 1888 et le 17 janvier 1889. Le 27 mai dernier, j'ai noté également, dans une communication que j'ai faite à l'Académie des Sciences, combien la cocaïne m'avait été d'un précieux secours chez l'un de nos confrères les plus distingués que j'avais guéri d'une cystite grave. Mais c'est surtout dans une leçon que j'eus l'honneur de faire l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis, à la clinique de mon éminent maître M. Péan, et dans ma thèse, que j'ai montré les excellents résultats que donne cet agent anesthésique dans les cystites en général et, surtout dans les cystites dites *douloureuses*. J'ai démontré, preuves en mains, d'une façon irréfutable, que le traitement de choix de ces cas si graves de cystites consiste dans les injections intra-vésicales sans sonde d'eau boriquée précédées et suivies d'injections de cocaïne, et j'ai prouvé que la taille appliquée au traitement de cette affection constitue une des erreurs chirurgicales les plus manifestes et les plus déplorables.

Pendant que je poursuivais ces recherches, auxquelles je consacrais tout le temps et toute la patience nécessaire et que je constatais des résultats de plus en plus satisfaisants, je fus un jour fort surpris de lire dans une leçon de M. le professeur Guyon sur les cystites que la cocaïne employée localement ne donne pas de meilleurs résultats que la morphine et que " chercher l'anesthé-" sie directe de la muqueuse vésicale, alors même que son épithé-" lium est modifié par l'inflammation est peu réalisable."

Les causes d'une telle erreur méritaient d'être recherchées. Je me mis donc à étudier de plus près l'action de la cocaïne et je constatai bientôt diverses particularités qui montrent que si elle n'est pas convenablement employée, elle est loin de donner en effet les merveilleux résultats que j'ai indiqués dans mes divers travaux sur ce sujet.

J'ai remarqué tout d'abord que l'action de la cocaïne est très superficielle. Si l'on produit le plus petit traumatisme, les malades souffrent. Dans les cystites douloureuses, par exemple, le simple cathétérisme reste douloureux.

J'ai noté ensuite que les instillations d'une solution très forte de cocaïne, comme le fait M. Guyon, produisent bien moins d'effets qu'une solution relativement faible, mais employée en quantité beaucoup plus considérable.

J'ai constaté encore que l'anesthésie de l'urèthre ajoutée à celle de la vessie présente un avantage très appréciable.

Digitized by Google

Enfin la cocaïne ne doit pas faire la base du traitement des cystites, comme le veut M. Guyon ; elle doit surtout servir à permettre de nettoyer la vessie, de la débarrasser des produits inflammatoires et septiques qu'elle contient. Une nouvelle injection de cocaïne faite à la fin de ces séances, en déterminant le repos absolu de l'organe, la disparition de la douleur et l'amélioration subite de l'état général, ne peut encore avoir qu'une heureuse influence sur la cystite.

Pour obtenir de la cocaïne de bons résultats dans les cystites, il faut donc :

1° Anesthésier à la fois l'urèthre et la vessie ;

2° N'employer qu'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 o/o ou même souvent à 2 o/o, mais en quantité suffisante pour bien imprégner toute la muqueuse vésicale, soit 15 gr. 20 grammes de solution ;

3° Injecter cette solution dans la vessie sans sonde ;

4° Avoir bien soin de faire en même temps des injections intravésicales, sans sonde, d'eau boriquée, d'après le procédé que j'ai décrit dans ma thèse.

Si la cocaïne a échoué dans les cystites entre les mains de M. Guyon, cela tient uniquement à ce qu'elle n'a pas été employée dans de bonnes conditions.

L'anesthésie de la muqueuse uréthrale à l'aide de la cocaïne est encore le meilleur moyen de faire cesser le spasme de la région membraneuse qui accompagne certains rétrécissements de l'urèthre. Il en est de même dans les rétrécissements dits spasmodiques. Cela tient à ce que cette substance, ainsi que je l'ai montré dans ma communication à l'Académie des Sciences, diminue la résistance du sphincter uréthral, particularité qui facilite encore singulièrement le lavage de la vessie sans sonde dans ces cas pathologiques.

Dans les affections douloureuses de la vessie sans lésions de cet organe, c'est à-dire dans les cystalgies ou névralgies vésicales, la cocaïne peut aussi, dans certains cas tout au moins, faire disparaître les crises douloureuses, ainsi que le spasme qui parfois les accompagne ; mais pour obtenir une guérison durable, ce sera la cause qu'il faudra trouver et traiter, comme dans les rétrécissements spasmodiques du reste. Souvent la médication principale devra être dirigée du côté du système nerveux.

Il est à noter que la cocaïne affaiblit les contractions vésicales. Cette particularité n'est ordinairement bien marquée que chez les prostatiques et chez certains tuberculeux. Bien que cette faiblesse des contractions de la vessie disparaisse souvent avant la fin d'une séance de lavages vésicaux sans sonde, il sera bon cependant de ne pas employer de trop fortes doses de cocaïne chez ces malades.

Une autre particularité des plus importantes et des plus inté-

Digitized by Google

ressantes, c'est que la cocaïne laisse persister la sensation du *besoin d'uriner*, alors que l'anesthésie de la muqueuse uréthro vésicale est telle que les malades pendant la miction ne perçoivent même pas la sensation du contact de l'urine. Ce n'est donc pas la sensibilité de la *muqueuse prostatique* qui joue le principal rôle dans la sensation du besoin d'uriner (Kuss et Duval), mais bien la *distension vésicale*, comme l'avait supposé M. Guyon. Je suis heureux de constater que la démonstration de ce fait physiologique est due à mes recherches sur l'anesthésie de la muqueuse uréthro-vésicale à l'aide de la cocaïne.

J'ai montré également dans ma thèse qu'après cette anesthésie on obtient la sensation du besoin d'uriner avec une quantité de liquide inférieure à la quantité d'urine nécessaire pour déterminer ce besoin la nuit pendant le sommeil. Le lavage de la vessie sans sonde peut donc être pratiqué après cette anesthésie sans crainte de produire une distention exagérée de la vessie. C'est là le point capital à noter dans l'action de la cocaïne employée localement sur la muqueuse uréthro-vésicale.

Telles sont les différentes recherches que j'ai faites sur l'emploi de la cocaïne dans le traitement des affections des voies urinaires, recherches auxquelles j'ai consacré, je le répète, tout le temps et toute la patience nécessaires. On vient de voir qu'elles m'ont permis d'éclaircir certains points, jusque-là obscurs, de la physiologie et qu'elles ont été surtout fertiles en applications pratiques. Il est désormais bien démontré que la cocaïne convenablement employée est l'un des médicaments les plus précieux qu'aient à leur disposition les chirurgiens qui s'occupent de la thérapeutique des maladies des voies urinaires.—Dr LAVAUX, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. Diagnostic des contusions de la hanche.—II. Ostéomyélite des adolescents.—I. Messieurs, je vous parlerai d'abord d'un diagnostic difficile.

Il s'agit d'une femme qui, hier, est tombée de la hauteur de deux marches, n'a pas pu se relever et nous a été amenée à l'hôpital.

Aujourd'hui elle est dans le décubitus dorsal complet, les membres inférieurs appliqués sur le lit. Le membre inférieur gauche est dans la rotation au dehors ; les deux talons ne sont pas au même niveau ; enfin, si on prie la malade de soulever ses membres inférieurs elle soulève bien le droit, mais non le gauche.

Ajoutons que notre malade est âgée de 72 ans. Cet âge avancé, la rotation du membre, le raccourcissement, l'impotence à la suite d'un traumatisme, nous conduiraient tout droit au diagnostic : *Fracture du col du fémur.*

Eh bien, Messieurs, très probablement le diagnostic serait erroné. Il nous faut pousser l'investigation plus loin et examiner successivement chacun des symptômes signalés.

Digitized by Google

1° La rotation en dehors n'est pas un signe *absolu* de fracture. On la trouve dans toutes les affections de la hanche, les douleurs de la fesse, de la cuisse, du genou. C'est un moyen pour le membre de prendre un point d'appui et de se procurer le maximum possible de repos.

2° Le raccourcissement est un excellent signe de fracture quand il est *réel*. Mais il faut bien distinguer entre le raccourcissement réel et le raccourcissement apparent.

Il faut que le bassin soit absolument horizontal, que les deux épines iliaques soient absolument sur la même ligne. Dans ce cas, une des malléoles étant plus élevée que l'autre, on pourra constater le raccourcissement par la mensuration. En mesurant de l'épine iliaque a la malléole externe, on aura une différence plus ou moins notable d'un membre à l'autre. On peut dire alors que le raccourcissement est *réel*.

Or qu'arrive-t-il ici ? Une des malléoles est notablement plus élevée que l'autre. Mais les deux épines iliaques ne sont pas sur la même ligne. L'épine iliaque du côté malade est remontée. Aussi, si nous passons à la mensuration, en allant de l'épine iliaque à la malléole externe, *il n'y a pas de différence d'un membre à l'autre*.

Le raccourcissement n'est donc qu'*apparent*.

3° Reste le signe tiré de l'impotence du membre. Mais pour qu'il ait de la valeur, il faut que le malade *essaie* de lever le membre. Ceci a l'air d'avoir été dit par M. de Lapalisse, et cependant, la chose a une certaine importance. Notre malade, grincheuse, désagréable, n'essaie nullement de soulever son membre. Elle prétend essayer, mais il est facile de constater que les muscles de la région antérieure de la cuisse ne se contractent plus.

Messieurs, je passe sous silence la *crépitation* et la *mobilité anormale*. Ce sont des signes qu'il est absolument interdit de rechercher en pareils cas ; vous savez pourquoi.

Mais il y a encore deux symptômes qui peuvent nous être d'un grand secours : ce sont la *situation et le volume du grand trochanter*.

Lorsqu'il y a fracture du col, le trochanter est rapproché de l'épine iliaque. Or, ici, il n'en reste rien et le trochanter est exactement sur la *linge de Nélaton* (ligne tirée de l'épine iliaque à l'ischion). Il n'a pas non plus changé de volume. Rien n'indique donc une fracture avec pénétration des fragments.

Aurions-nous affaire à une fracture intra-capsulaire ? Les signes de cette fracture sont le gonflement de la région, l'effacement du pli de l'aine, le soulèvement des vaisseaux.

Aucun de ces signes n'existe ici. Il y a même à peine de douleur dans le pli de l'aine.

Nous sommes en définitive amenés à hésiter entre deux diagnostics : 1o contusion pure et simple; 2o fracture du col du fémur avec engrènement des fragments.

Digitized by Google

Cette dernière opinion est celle de mon chef de clinique, M. Beurnier. Il pense que, chez cette femme âgée, le col s'est fracturé sans grande violence ; il y a eu engrènement et par suite absence de déplacement ; mais le traumatisme n'a pas suffi pour qu'il y ait eu pénétration du fragment.

Je ne suis pas de cet avis et crois plutôt à la *contusion* pure et simple.

Eh bien, Messieurs, en admettant le diagnostic : *contusion*, quel sera en pareil cas le pronostic à porter ? Il sera *très réservé*. Chez un vieillard, cet accident va laisser longtemps votre malade infirme, boiteux, parce qu'il se fait de l'arthrite. Gardez-vous de croire à une guérison rapide, survenant au bout de quelques jours.

Quel sera le *traitement ?* Bien simple : un coussin sous la jambe, formant plan incliné, de manière à relâcher les muscles et à donner le moins de fatigue possible à l'articulation.

D'ailleurs, les malades doivent être suivis, une erreur étant toujours possible.

J'ai vu un cas de ce genre dans le service de M. Gosselin. On porta le diagnostic : contusion de la hanche. Mais, par suite d'examens répétés par les élèves qui cherchèrent soigneusement s'il n'y avait pas de crépitation ni de mobilité anormale, on trouva le lendemain un raccourcissement réel de 10 centimètres. C'était une fracture du col dont on avait ainsi désengréné les fragments.

II. M. Beurnier, chef de clinique, présente, pour suppléer à la fatigue de M. Campenon, un malade atteint d'ostéite du tibia et qui va être opéré séance tenante.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, dont l'affection remonte à un an. A ce moment, il fit une chute qui ne provoqua pas immédiatement de phénomènes appréciables. Il continua à marcher avec un peu de gêne.

Mais au bout de trois jours, éclatèrent des symptômes locaux et généraux. La jambe gauche se mit à gonfler, à devenir rouge, surtout au niveau de l'extrémité inférieure. Douleurs vives, profondes ; avec cela, fièvre et délire pendant une quinzaine. Au bout de 7 à 8 jours, étaient survenus des abcès, à intervalle de 3 jours environ, commençant à la partie inférieure de la jambe et allant en remontant. Les abcès furent ouverts et drainés. Il n'en sortit aucune parcelle osseuse : ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois qu'une fistule donna issue à une petite esquille. Il entra alors à l'hôpital, où M. Le Fort pratiqua l'évidement de la plus grande partie du tibia. On laissa seulement intactes les deux extrémités.

A l'heure actuelle, les extrémités sont le siège de fistules, et vont être opérées aujourd'hui.

Le diagnostic est des plus évidents : à la suite d'une chute presque insignifiante, affection aiguë ; douleurs profondes ; état général très grave ; abcès restant fistuleux. C'est tout le cortège de l'ostéo-myélite aiguë des adolescents.

Digitized by Google

Traitement des brulures par l'iodoforme, par SCHIFF (de Vienne).—Le traitement des brûlures par l'iodoforme proposé en 1887 par M. Mosetig-Moorhof a donné de très bons résultats. L'iodoforme calme les douleurs souvent si vives qui accompagnent les brûlures et amène une guérison rapide des plaies.

On commence par faire disparaître les cloches et par laver doucement la plaie avec un petit tampon imbibé d'une solution de 1|2 o|o de sel de cuisine, puis on applique sur la brûlure plusieurs couches de gaze iodoformée bien sèche, recouvertes d'une feuille de gutta-percha et par une couche de coton soigneusement dégraissé. L'appareil est consolidé au moyen d'un bandage.

Si la sécrétion traverse l'appareil, on change le coton, mais l'iodoforme ne doit être renouvelé qu'à la fin de la première ou même de la seconde semaine.

M. Mosetig-Moorhof conseille de ne pas employer des étoffes imperméables pour les bandages; c'est à son avis macérer inutilement les bourgeons charnus qui entourent la plaie. Pour le visage, il recommande un onguent à l'iodoforme dans la proportion de 1 pour 20, puis un masque de gutta-percha. Le pansement doit être renouvelé tous les jours.

Avec ce mode de traitement, j'ai obtenu la guérision de la plupart de mes brûlés, même dans les cas très graves. La durée du traitement a varié entre 8 et 375 jours sur les cas que j'ai observés. *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

Traitement de l'éclampsie.—Le Dr. AUVARD, vient de publier, chez O. Doin, le résumé des études faites à ce sujet. Comme traitement préventif, l'albuminurie sert de guide et d'indication au régime lacté.

Pour le traitement curatif, proprement dit, il y a un grand et un petit trépied thérapeutique.

Le grand trépied se compose de l'*anesthésie*, de la *saignée* et de la *déplétion* utérine.

Par ces trois moyens maîtres, il en est un qui doit surtout avoir la sympathie du thérapeute, c'est l'*anesthésie*. D'une façon générale, on peut dire que l'anesthésie doit être appliquée à toute éclampsie, à moins que par sa bénignité, elle ne nécessite aucun traitement. Elle sera obtenue à l'aide du chloral et du chloroforme.

On ne devra pas hésiter à donner le chloral à haute dose : 10, 14, 16 grammes en vingt-quatre heures, et autant que possible en lavement.

Digitized by Google

Hydrate de chloral..... Quantité voulue.
Lait.....1.50 grammes.
Jaune d'œuf.....No. 1.

Le chloroforme sera administré comme complément.

La *saignée* sera employée dans les cas de pléthore, quand les convulsions sont violentes ou lorsque le coma s'accompagne d'accidents asphyxiques; suivant les cas, on enlèvera 500 à 1,000 grammes, exceptionnellement une plus grande quantité de sang.

Quant à la *déplétion utérine*, il faudra chercher à l'obtenir aussi promptement que possible, mais sans avoir recours à des moyens violents. Si le travail n'est pas déclaré, on attendra à moins d'indication spéciale, que les contractions surviennent spontanément: on ne fait qu'exceptionnellement l'accouchement provoqué. Si la dilatation est commencée, il faudra éviter l'accouchement forcé, à moins qu'un danger menaçant ne compromette l'existence de la mère, toutefois les moyens bénins, capables de hâter la dilatation, tels que les sacs de caoutchouc, ou la pénétration douce des doigts et de la main, ne seront pas à dédaigner, mais devront être réservés pour des cas relativement assez graves. Aussitôt que la dilatation est complète, il n'y a pas à hésiter à terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version. La délivrance sera également activée dans les limites prescrites par la prudence.

A côté du grand trépied thérapeutique se place le petit trépied, qui se compose des *purgatifs*, *diurétiques* et *sudorifiques*.

Ces trois moyens, dont l'importance est secondaire, par rapport aux précédents, pourront rendre quelques services, et les négliger serait une faute.

Parmi les *purgatifs*, le choix ne manque pas; mais on a plus volontiers recours à l'eau-de-vie allemande, donnée à dose de 20 grammes environ.

La digitale est le meilleur *diurétique* à employer, sous forme de teinture par exemple, à la dose de 15 à 20 gouttes. On pourra dans le même but faire ingérer, si l'état de la malade le permet, du lait, de l'eau simple ou de l'eau minérale diurétique (Contrexéville, Vittel).

Comme *sudorifique*, on tentera les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, à la dose d'un demi ou de 1 centigramme. On placera dans le même but la malade dans une pièce bien chauffée, où elle sera comme dans une sorte d'étuve.

Tels sont, rapidement résumés, les moyens qu'on opposera à l'éclampsie; on voit qu'à côté des trois indications secondaires, constituées par les sudorifiques, diurétiques et purgatifs, il en est trois principales: la déplétion utérine, la saignée et les anesthésiques, et que, parmi ces trois principales, la saignée et la déplétion utérine ne seront employées que dans certaines circonstances, et avec discernement, tandis que l'anesthesie devra être opposée à tous les cas un peu sérieux, car elle est la reine du traitement de l'éclampsie.

Digitized by Google

C. *Traitement consécutif.*—Le traitement consécutif se résume en une double indication :

D'une part, combattre les différentes complications qui ont pu succéder à l'éclampsie (morsures de la langue, congestion pulmonaire, etc.) ;

D'autre part, empêcher le retour de la maladie, et, pour cela, combattre l'albuminurie.—*Revue de thérapeutique.*

Du vaginisme.—Leçon de M. Bouilly à la Faculté de Médecine de Paris.—Le vaginisme est la contracture douloureuse et spasmodique de l'appareil musculaire vulvo-vaginal. Il a été étudié d'abord par Huguier (thèse de Paris 1834), puis par Marion Sims (1861) qui créa le nom de vaginisme, par Michon, Gallard, etc.

L'étiologie en est très variable : le spasme et la contracture sont des phénomènes secondaires, le plus souvent à une souffrance de l'appareil utéro-vulvo-vaginal et quelquefois du rectum, de l'anus ou du méat urinaire. Dans la majorité des cas, la douleur produisant le vaginisme siège à la vulve, cette douleur peut être due à une lésion insignifiante ; une simple fissure, un bouton d'herpès, une desquamation de la muqueuse, un chancre mou, une cicatrice de chancre ou des excoriations ; pour Sims la lésion produisant le spasme serait exclusivement limitée à l'hymen et aux caroncules.

Les lésions similaires du vagin, la vaginite surtout, des ulcérations et des polypes du col, peut-être des lésions de l'ovaire et des trompes, des polypes de l'urèthre, une fissure anale, des hémorrhoïdes enflammées doivent être aussi incriminées. Dans quelques cas on ne trouve aucune espèce de lésion pouvant expliquer la contracture, c'est alors qu'on a invoqué un état neurasthénique en rapport avec une lésion médullaire chez les femmes nerveuses.

Tous les éléments musculaires qui entrent dans la constitution de la vulve et du vagin peuvent être le siège du spasme, mais celui-ci peut porter sur des régions distinctes et sur des muscles isolés ; le plus souvent c'est le muscle constricteur du vagin qui est contracturé vaginisme inférieur ou vulvaire), quelquefois ce sont les muscles du périnée et en particulier le muscle transverse (Verneuil), vaginisme profond ou périnéal, d'autres fois toute la région musculaire est prise ainsi que le sphincter de l'anus. Enfin les fibres musculaires tapissant les parties latérales et postérieures du vagin qui viennent du releveur de l'anus peuvent être aussi contracturées, c'est le *vaginisme supérieur* (Budin).

Le vaginisme se compose de deux éléments, une hyperesthésie vulvaire et une contracture douloureuse. L'hyperesthésie peut exister seule pendant un certain temps au début de la maladie. Tantôt la malade est une femme subissant les premiers rapports sexuels. Dans le premier cas, la sensibilité vulvaire s'exagère de

Digitized by Google

plus en plus, le spasme apparaît, et l'orifice vulvaire se ferme; dans le second cas, le vaginisme survient on ne sait pour quelle raison. Ces femmes restent dans cet état souvent pendant deux, trois ans, et le coït devient impossible pendant ce laps de temps. D'autres fois c'est une femme mariée depuis longtemps et qui est atteinte de vaginisme à la suite d'une lésion de l'appareil utéro-vulvo-vaginal.

A l'examen, le contact du doigt sur l'hymen ou sur les caroncules myrtiformes, ou sur un point de la vulve où siège une lésion, provoque la plus vive douleur et peut arracher des cris à la malade. La région vulvaire est fermée, contracturée; les muscles adducteurs de la cuisse sont également contracturés. Le doigt ne peut pénétrer ou pénètre à peine dans le vagin; s'il y pénètre, le spasme s'exagère, le doigt est fortement étreint. Quand la contracture occupe tout le plancher périnéal, celui-ci donne au toucher une sensation de dureté comparable à la dureté du bois.

La dysurie (contracture du sphincter vésical) et la rétention d'urine, des troubles de la défécation (contracture du sphincter anal) peuvent accompagner le vaginisme. Assez souvent apparaissent d'autres manifestations nerveuses, rachialgie, névroses, chlorose, etc.

La marche de la maladie est variable; si la lésion locale est manifeste, la guérison survient souvent si cette lésion est bien traitée. D'autres fois la maladie persiste trois, quatre ans.

Le diagnostic est facile en général; il faut toujours s'attacher à rechercher le diagnostic de la cause. On a invoqué dans quelques cas comme cause la déviation utérine. Quelquefois il n'y a pas de lésion, il y a simplement hyperesthésie vulvaire.

Le pronostic est assez sérieux; le vaginisme met une entrave aux rapports conjugaux, il devient donc une cause de stérilité, et de plus il ne peut guérir souvent que par une intervention chirurgicale.

Le traitement est général et local. On doit avant tout soumettre la maladie à un traitement médical, hygiénique, reconstituant et calmant basé sur son état général (nerveux, ou dyspeptique, ou lymphatique, etc.) Les bains, les douches froides, le bromure de potassium, seront conseillés avec avantage.

Le traitement local doit être surtout dirigé contre les lésions locales pouvant déterminer le vaginisme; les pansements au chloral et à la poudre d'iodoforme ou la pommade iodoformée peuvent donner de bons résultats. Les attouchements au nitrate d'argent du point lésé, ou de toute la muqueuse vaginale si la lésion n'a pas été trouvée, ont aussi été conseillés. Le badigeonnage des parties avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100 ou à 5 p. 100, continué pendant quelque temps, a été efficace quelquefois, et le coït a pu être pratiqué pendant l'anesthésie obtenue par cet agent.

Digitized by Google

Le plus souvent on est obligé d'avoir recours à une intervention chirurgicale : la dilatation. La dilatation peut s'obtenir d'une manière lente et progressive à l'aide de mèches ou de bougies de volume gradué, enduites de pommades opiacées ou belladonées. Ce procédé est long et incertain, et on doit lui préférer la dilatation forcée que vous ferez sous le chloroforme, à l'aide d'un spéculum dont vous écarterez de plus en plus les valves de manière à opérer un véritable massage sur les parois vulvo-vaginales. Verneuil conseille de dilater aussi dans le sens vulvo-anal de façon à briser la résistance du muscle transverse du périnée. Sims a conseillé une opération sanglante qui est abandonnée : il excise toute la membrane hymen et ses débris, puis à droite et à gauche de la fourchette il fait une incision profonde en forme d'un Y, se terminant au raphé du périnée.—*Praticien.*

Du traitement de la constipation chez les malades atteintes d'affections utérines.—De même que la dyspepsie, chez les malades atteintes d'affections utérines, la constipation présente des indications spéciales qu'il importe de connaître.

Il semble que lorsqu'on a donné un purgatif, le plus ordinairement celui qui se présente sous la forme la moins désagréable, il suffit d'en continuer l'usage pour que de cette façon, le traitement de la constipation soit établi.

Rien de moins rationnel.

Chez les femmes atteintes d'hémorrhagies utérines, de ménorrhagies ou même simplement de règles abondantes, l'usage des drastiques doit être proscrit de même que celui de la rhubarbe. Cette dernière substance ne doit jamais être employée chez les malades abondamment réglées, non plus que chez les femmes atteintes d'hémorrhoïdes fluentes ou non.

En revanche, c'est la rhubarbe qu'il faut choisir lorsqu'on a affaire à ces malades lymphatiques qui prennent de l'embonpoint et voient l'abondance des règles diminuer de plus en plus.

Rhubarbe en poudre	10	grammes.
Acétate de potasse.....	2	—

En vingt paquets ou cachets.

Prendre un paquet, avant chaque repas, tous les jours ou tous les deux jours.

Chez les arthritiques il convient d'unir le soufre, la magnésie, la rhubarbe et la crème de tartre d'après la formule suivante.

Soufre lavé et sublimé.....	10	grammes.
Magnésie calcinée.....	4	—
Rhubarbe en poudre.....	4	—
Crême de tartre	8	—

En huit paquets ou cachets.

Digitized by Google

Prendre un à trois cachets, le soir, trois heures après le repas.

Chez les herpétiques, comme chez les arthritiques, le soufre uni à l'iodure de potassium rend de grands services.

Iodure de potassium..... 10 grammes.
Soufre lavé et sublimé..... 6 —
En vingt cachets ou paquets.

En prendre un avant chaque repas.

Les eaux minérales d'Hunyadi Janos, de Pullna, de Birmenstorff, de Laroche-Guyon, d'Atuun, sont aussi indiquées, en pareil cas.

L'orsqu'il existe un état congestif de l'appareil utéro-ovarien, il faut ajouter à ces moyens-là des frictions ou des applications calmantes ou révulsives, sur la région lombaire, matin et soir.—*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

Traitement du catarrhe utérin.—Le catarrhe utérin, sans lésion apparente de l'organe, en rapport avec l'état général qui est le plus ordinairement un état lymphatique constitutionnel, est avantageusement combattu par l'iodoforme à l'intérieur, l'eau de goudron en injections et l'application du froid sur la région lombaire.

1o. Il faut faire prendre à la malade de 1 à 5 centigrammes d'iodoforme, par jour, en pilules, d'après la formule suivante :

Iodoforme..... 0 gr., 25c,
Acide tannique..... 1 gr.

pour 50 pilules.

Prendre une seule pilule à la fois ; ne cesser d'en prendre qu'une demi-heure avant le repas et n'en reprendre que deux heures après —deux à dix pilules par jour.

On peut en continuer l'usage pendant la période menstruelle.

2o. Quant à l'injection à l'eau de goudron, elle ne saurait être pratiquée avec avantage avec l'eau de goudron du Codex. La meilleur formule à conseiller est la suivante :

Teinture de bois de Panama, 250 grammes } Délayez.
Goudron de Norwège, 125 grammes, }

Versez dans un litre d'eau et passez dans un linge.

Une cuillerée à bouche de cette solution par litre d'eau tiède, pour injections qu'on doit pratiquer le matin et le soir, à l'aide d'une pompe qui permette de faire passer le liquide pendant cinq minutes au moins.

3o. C'est ici que la méthode de Chappman trouve son utile application. "*Les sécrétions peuvent être diminuées par l'application du froid le long de l'épine dorsale.*" Le sac de glace doit être appliqué pendant trente à soixante minutes, deux fois par jour, sur la région dorso-lombaire de la moelle.—*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

Digitized by Google

Hygiène de la grossesse.—(1) *Système nerveux.*—Je laisse sur ce point la parole à MAURICEAU qui, après avoir parlé de l'hygiène alimentaire s'exprime ainsi :

" Si la femme se doit bien conduire dans l'observation des choses que nous avons dites ci-dessus, elle ne doit pas moins prendre garde à bien dompter et modérer ses passions, comme a ne pas se laisser aller à la colère par excès, ni séduire par la jalousie, ainsi que plusieurs ont coutume de faire, et on doit éviter surtout de faire peur à la femme grosse, comme aussi de lui dire subitement quelques nouvelles qui la puissent attrister; car ces passions quand elles sont violentes sont capables de mettre la confusion et le désordre dans la génération, et même de faire accoucher la femme sur l'heure, à quelque terme qu'elle puisse être, ainsi qu'il arriva à la mère de mon cousin, M. Dionis Marchand, le père duquel ayant été tué subitement par un de ses domestiques d'un coup d'épée qu'il lui donna en trahison au travers du corps, le rencontrant par la ville, pour le dépit et la rage qu'il avait que son maître quelques jours avant l'avait chassé de son logis; et la mauvaise nouvelle ayant été aussitôt annoncée à cette femme, qui était pour lors grosse de huit mois, à laquelle on apporta incontinent après son mari mort, elle fut d'abord surprise d un si grand tremblement pour ce subit effroi qu'elle en accoucha tout sur l'heure du même DIONIS.

" C'est pourquoi si on a des nouvelles à dire à la femme grosse, que ce soit plutôt de celles qui lui peuvent donner une joie modérée; car l'excessive peut aussi bien porter préjudice en cet état; et si c'était nécessité absolue qu'elle soit quelque mauvaise, pour lors on doit chercher des moyens les plus sûrs pour la lui faire connaître peu à peu, non pas tout d'un coup."

Les conseils de MAURICEAU sont forts sages et on fera bien de les suivre.

Souvent le médecin est interrogé au sujet des envies que la femme présente pendant sa grossesse; voici l'opiniou de SMELLIE à cet égard :

" L'avortement peut parallèlement être occasionné par quelque appétit désordonné, pour des choses qu'une femme ne peut obtenir aisément, ou assez tôt, ou qu'elle a honte de demander, particulièrement lorsqu'elle est grosse de son premier enfant, surtout pour différentes sortes de choses propres à manger ou à boire. Si l'on ne satisfait pas à ces sortes d'appétit il en peut quelquefois résulter une fausse couche, ou du moins l'enfant en est tellement affectée, qu'il porte sur son corps des marques, qui par leur figure ou par leur couleur, ressemblent à ce dont la mère avait envie. Il est donc à propos de satisfaire ces sortes d'envies, quelque déraisonnables et ridicules qu'elles puissent pa-

(1) Chapitre extrait d'un traité pratique d'accouchement de 800 pages environs, par le docteur Auvard, de Paris.—Ce traite paraîtra au complet à Paris à la librairie O. Doin au commencements, d'octobre 1889.

Digitized by Google

raître. La mère de son côté, doit éviter tout ce qui peut faire quelque impression désagréable sur ses sens, parce que l'avortement peut encore survenir, en conséquence, de quelque surprise, ou pour avoir vu quelque chose d'etrange et d'horrible."

Sans croire aux influences fâcheuses que SMELLIE attribue aux envies non satisfaites, je ne puis qu'approuver la conduite qu'il trace.

Système digestif.—A moins de troubles digestifs sérieux, l'alimentation ne sera pas modifiée pendant la grossesse; nous verrons à propos des vomissements incoercibles quelle doit être la diététique en pareil cas.

Les femmes, volontiers constipées, le sont dàvantage pendant la grossesse, d'où la nécessité de donner des laxatifs buccaux ou rectaux, de manière à éviter l'encombrement intestinal et les efforts violents de defécation.

Laxatifs buccaux.—Rhubarbe, magnésie, cascara sagrada, eaux de Rubinat, Villacabros, Hunyadi Janos, Montmirail.

Laxatifs rectaux.—Lavements avec huile, glycérine ou miel.

Les purgatifs légers n'ont aucun inconvénient pendant la grossesse, les drastiques au contraire doivent être évités avec soin, car ils peuvent provoquer des contractions utérines et être une cause d'avortement.

S'il survient de la *diarrhée*, elle doit être combattue par les moyens habituels. Le laudanum et le sous-nitrate de bismuht sont très bien supportés par la gestante.

Seins.—Les vêtements ne doivent pas comprimer la glande mammaire, de manière à permettre son développement physiologique. Nous verrons à propos de l'allaitement les précautions à prendre pendant les derniers temps de la grossesse au sujet du mamelon, qui demande une préparation, une véritable éducation en vue de cette fonction physiologique.

Rapports sexuels.—Le médecin est souvent consulté pour savoir si les rapports sexuels peuvent être continués sans inconvénients pendant la grossesse.

Ecoutons les conseils de SACOMBE (1):

> Epouses, je vous dois un conseil salutaire
> Quand vous aurez conçu, n'allez point à Cythère.
> La nacelle à Vénus, sur les flots amoureux
> Peut souvent rencontrer des écueils dangereux.
> D'ailleurs, l'île ou les Ris, les jeux dansent sans cesse,
> Est un séjour funeste à l'état de grossesse.
> Des folâtres amours l'aveugle emportement
> Dans le cours des neuf mois produit l'avortement.

ARISTOTE, plus tolérant, croyait au contraire que le coït, préparant la voie qui doit suivre l'enfant, devait être conseillé surtout à la fin de la grossesse.

Les Turcs, polygames, s'abstiennent de toute relation conju-

(1) *La Luciniade*, 1815, page 128.

Digitized by Google

gale avec celle de leurs femmes dont la grossesse est avérée. Mais chez les peuples monogames le médecin ne peut user de pareille sévérité, et à moins d'accidents de la grossesse (hémorrhagies génitales, contractions utérines douloureuses, menace d'avortement), il laissera libre cours à la vie sexuelle des époux, tout en donnant quelques conseils de modération.

Dans les cas d'utérus irritable et chez la femme prédisposée à l'avortement, toute relation sexuelle devra être interdite pendant la grossesse, et surtout au moment correspondant à la menstruation. Il sera même sage d'exiger deux lits séparés pour le mari et la femme, le voisinage de l'époux entraînant souvent une excitation génésique peu favorable au calme que réclame l'utérus pour son développement normal.

Médicaments et opérations.—Tout médicament donné à dose toxique est susceptible de produire l'avortement. Quelle que soit la médication employée pendant la grossesse, il importera donc pour les agents toxiques de se borner à des doses relativement légères.

Il y a cependant quelques exceptions, par exemple, pour le sulphate de quinine dans la malaria, le mercure dans la syphilis, où une action énergique est nécessaire pour atteindre le but désiré. J'y reviendrai à propos de pathologie.

Il importe en particulier d'éviter l'emploi de vomitifs ;—de purgatifs énergiques ou drastiques ;—des médicamenls dits emménagogues ou abortifs : rue, sabine, if, seigle ergoté, pilocarpine, camomille, absinthe, armoise, salicylate de soude et acide salicylique.

Une gestante peut-elle subir sans inconvénient une opération chirurgicale ?

Cette question doit être envisagée à un double point de vue :

1o. *La grossesse nuit-elle aux suites de l'opération ?* La réponse est négative pour la majorité des cas. La gestation ne semble pas entraver la cicatrisation ni prédisposer aux complications.

2o. *L'opération peut-elle interrompre le cours de la grossesse ?* Toute opération expose à l'avortement, et cela d'autant plus qu'elle est faite plus près de la zone génitale, mais bien souvent des interventions sur l'utérus lui-même (amputation du col, ablation de fibromes développés dans la paroi utérine) n'ont été suivies d'aucun résultat fâcheux. D'autre part, le danger d'avortement n'est nullement en rapport avec la gravité de l'opération, ainsi telle femme continue sa grossesse malgré une ovariotomie, qui avortera à la suite de l'avulsion d'une dent.

En présence de cette variabilité dans les résultats, il sera prudent de ne faire pendant la grossesse que les *opérations d'urgence*, et de différer après l'accouchement toutes celles qu'on peut remettre sans inconvénient réel.

Professions.—Certaines professions sont défavorables à l'évolution normale de la grossesse :

Digitized by Google

Les unes en exposant à l'intoxication : ouvrières qui travaillent dans le plomb, le caoutchouc (sulfure de carbone, aux manufactures de tabac).

Les autres en imposant des fatigues excessives : blanchisseuses et employées de magasin, obligées de rester debout toute la journée ; femmes ayant à faire marcher pendant longtemps une machine à coudre, etc.

Ces professions devront pendant la grossesse être évitées dans la mesure du possible, ou leurs inconvénients atténués.

Vêtements.—Tout vêtement serré doit être proscrit.

Le corset, base du costume féminin, sera porté aussi lâche que possible, et on conseillera l'usage de *corsets de grossesse,* qui, assouplis par des liens élastiques, n'exercent aucune compression fâcheuse sur l'utérus ou sur les seins.

Chez les femmes prédisposées aux varices ou à l'œdème des membres inférieurs, il sera bon de remplacer les jarretières par des jarretelles, liens fixant les bas au corset.

Eviter soigneusement l'usage des chaussures incommodes.

Chez les multigestes dont la paroi abdominale a été relâchée par des grossesses antérieures, une ceinture hypogastrique sera d'un heureux secours, à la condition d'être large et d'embrasser les deux tiers inférieurs du ventre.

Exercises et voyages.—Certaines citadines, paresseuses de leur naturel, profitent de leur grossesse, pour se confiner dans un repos exagéré, et pour passer la plus grande partie de leur temps dans leur lit, ou sur une chaise longue. A moins d'indication spéciale cette pratique est déplorable, elle affaiblit la gestante et la prépare mal à l'accouchement et à l'allaitement. Des sorties quotidiennes sont nécessaires, et on peut exiger une à deux heures de marche, réparties en plusieurs fois.

A l'opposé nous trouvons les imprudentes qui malgré leur grossesse continuent toute l'agitation de leur vie antérieure, vont au bal, au théâtre, montent à cheval, voyagent en mer, en chemin de fer, etc.

Les promenades en voiture sont en générales, en évitant toutefois les secousses qu'un véhicule mal suspendu, favorables, ou une mauvaise route peuvent produire.

L'équitation est à déconseiller. Cependant il faut reconnaître que certaines femmes très habituées à ce genre d'exercice n'en éprouvent le plus souvent aucun inconvénient pendant leur grossesse.

La danse est déplorable pour la femme enceinte ; car à la fatigue physique, elle joint une excitation génitale, contraire au calme que demande l'utérus.

D'après Irwin les traversées sur mer prédisposent aux ménorrhagies et à l'avortement, tandis que pour Kugelmann les voyages en chemin de fer produisent plutôt le retard des règles.

Digitized by Google

Il y aurait là une différence intéressante, si elle était nettement établie. Quoi qu'il en soit, la plupart du temps les grossesses *normales* ne sont pas entravées par ces déplacements même prolongés. Toutefois chez les primigestes dont on ignore la tolérance utérine, et chez toute femme dont l'évolution de la grossesse présentera quelque irrégularité, il sera prudent d'empêcher les longs trajets, et d'une façon générale les grands voyages devront être deconseillés pendant la grossesse à moins d'absolue nécessité.

Toutes choses égales d'ailleurs, la femme étant plus exposée à l'avortement pendant l'époque correspondant à la menstruation, les conseils de prudence devront surtout s'adresser à cette période.

Toilettes.—Les femmes s'inquiètent souvent, si elle peuvent continuer sans inconvénient pendant leur grossesse, l'usage de l'eau froide pour la toilette de la figure et des extrémités, de même que les ablutions sur tout le corps et sur les parties génitales. A cet égard l'état de gravidité ne nécessite aucun changement dans les habitudes.

Les *bains de pieds* chauds, capables d'amener un flux rapide de sang vers les extrémités inférieures devront être évités.

L'*hydrothérapie* (douches en pluie et en jet sur la colonne vertébrale pourra être continuée sans danger pendant la grossesse, si la femme a été soumise à ce traitement depuis un certain temps, il est même favorable à beaucoup de gestantes; mais il faut éviter de commencer cette médication après la conception.

Les *bains froids* de rivière et de mer seront sans inconvénients si la grossesse est normale et la femme bien portante, mais il faut éviter la fatigue qui peut en résulter.

Les *bains chauds* sont favorables aux gestantes à la condition d'être courts (un quart d'heure au maximum), d'être pris à la température de 30 à 35o et d'être répétés tous les quinze jours seulement, et toutes les semaines dans le dernier mois de la grossesse.

Les *toilettes vulvaires* sont hygiéniques ; mais, les *injections vaginales* doivent être proscrites avant les quinze derniers jours de la grossesse à cause des traumatismes que peut exercer sur le col la mauvaise direction de la canule, ou le jet trop violent du liquide. Ces injections toutefois seront nécessaires dans certains cas que saurait apprécier l'accoucheur, quand il existe par exemple de la vaginite ; il faudra alors les prescrire pendant le dernier ou les deux derniers mois de la gestation.—Pendant les quinze derniers jours de la grossesse, il est bon au point de vue antiseptique de faire prendre à la gestante une injection quotidienne, solution de bichlorure de mercure au 1|4000 ; il sera de plus salutaire de pratiquer soi-même pendant ce laps de temps un ou deux lavages du vagin et du col avec le doigtier irrigateur qui sera décrit plus loin, ou en complétant le lavage ordinaire avec des frictions exercées avec 1 ou 2 doigts. Cette toilette sera complétée par un savonnage vulvaire.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Rhumatisme chez l'enfant.—*Lewis Smith.*

P.—Tartrate de potasse et de soude..... ½ once
Acétate de potasse..... 2 drachmes
Sirop de citron.....
Eau..... ....

Pelvipéritonite plastique.—*Oliver.*

P.—Chlorure de calcium..... 5 grains
Glycérine ..... ½ once
Infusion de quassia..... 1 once
M.—*Dose :* A prendre trois fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Cystite.—*Skene.*

P.—Acide benzoïque.....
Borate de soude.....ãã 2 drachmes
Infusion de buchu..... 12 onces
M.—*Dose :* Un verre à vin trois ou quatre fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Pityriasis.—*A. J. Harrison.*

P.—Potasse caustique..... 8 grains
Acide phénique } .....24 "
Lanoline }
Huile de cacao.....ãã 4 drachmes
M.—En frictions soir et matin. Guérison dans un à trois mois.—*Progrès médical.*

Prurit cutané.

1o P.—Hydrate de chloral..... 1 partie
Eau.....
Glycérine.....ãã 10 parties
Pour lotions.
2o P.—Acide phénique..... 4 parties
Potasse..... 2 "
Eau..... 350 "
Pour lotions.
3o P.—Hydrate de chloral.....
Camphre .....ãã 7 parties
Vaseline..... 60 "
Pour faire une pommade.
4o P.—Eau de chaux.....
Glycérine.....ãã 1 partie
Huile d'amande douce..... 2 "
Essence de romarin..... Quelques gouttes
Pour embrocations.—*Concours médical.*

Ephélides.

P.—Chlorure d'ammonium..... 1 drachme
Acide muriatique..... 1½ "
Glycérine..... 1 once
Lait virginal..... 1½ "
M.—En application avec un pinceau soir matin.—*Union médicale.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - . Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, OCTOBRE 1889.

BULLETIN.

Les associations médicales.

Le *Projet d'association médicale pour le district d'Iberville* tel que publié plus haut sous la signature de notre distingué collaborateur, M. le docteur Lacerte, ne manquera pas d'attirer l'attention de tous nos lecteurs.

Il nous fait plaisir de constater que la profession médicale songe sérieusement à sortir de l'apathique routine dans laquelle elle se confinait comme à plaisir, et s'organise de toutes parts, tant dans l'intérêt de la science que pour le plus grand bien moral du corps médical. "Améliorer l'état du praticien en ajoutant à sa compé-"tence et en détruisant ou éloignant les circonstances qui lui "sont adverses," voilà quel est le but de la nouvelle association, et quel doit être aussi le but de toute organisation de ce genre.

Dans son programme, M. le Dr. Lacerte consacre une mention spéciale aux charlatans licenciés, en d'autres termes aux médecins qui, oublieux de leur dignité, ne se font pas scrupule de recourir, pour arriver au succès et s'assurer la clientèle, à des moyens dignes tout au plus des charlatans les plus notoires. Nous l'en félicitons et lui souhaitons plein succès dans sa croisade contre un mode de réclame qui, pour s'exercer sous le couvert d'un diplôme, n'en constitue pas moins une des formes les plus redoutables et les plus déloyales de charlatanisme.

Il serait à désirer qu'une société médicale fut organisée dans chaque district de la Province, à l'exemple de ce qui vient de se faire dans ceux de Joliette, de St-Hyacinthe et d'Iberville. Les intérêts généraux de la profession ne s'en porteraient que mieux, et la science y gagnerait aussi. Que de cas intéressants, que d'observations utiles sont tous les jours perdus ou négligés, faute d'une occasion pour les produire au grand jour. La société médicale remplit cette lacune, comme l'établit si nettement notre correspondant, et si ses membres se pénètrent bien de l'importance qu'il y a pour eux de se protéger et de s'instruire mutuellement, le succès ne saurait faire défaut.

Digitized by Google

L'Université Laval à Montréal.

A l'heure où nous mettons sous presse, l'entente, si universellement désirée, entre la Faculté de médecine de l'Université Laval et l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal est devenue fait accompli. Les professeurs titulaires de l'Ecole, devenus professeurs titulaires de l'Université, enseigneront comme tels suivant les règlements universitaires. Il n'y a aucune difference entre les anciens et les nouveaux professeurs. La Faculté est une, et c'est en son nom seul qu'est donné l'enseignement. C'est donc l'Université Laval qui enseigne. De son côté l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, desirant se réserver, pour une période de deux ans encore, le droit de se retirer, si dans cette période elle n'est pas satisfaite du nouvel état de choses, doit conserver sa charte, son nom, son autonomie, ses privilèges. Pour cela elle doit faire certains actes considérés nécessaires pour qu'elle conserve sa vie corporative ; ainsi l'Ecole peut inscrire des élèves dans ses régistres et leur accorder le diplôme de l'Université Victoria s'ils le désirent ; elle a son président et son secrétaire, et ses membres se réunissent en assemblée quand ils le jugent à propos. Ces actes ne sont au reste que de simples formalités rendues nécessaires pour la conservation de la charte aux yeux de la loi pendant la susdite période de deux années. Maintenant, si à la fin de ce terme, ou même auparavant, les professeurs de l'Ecole ne désirent pas continuer l'entente, ils n'auront qu'à se retirer avec leur charte restée intacte. Si, au contraire, ils désirent que l'entente persiste, l'Ecole ainsi que sa charte devront disparaître pour ne laisser subsister que l'Université.

Il est facile de voir que, d'après cet arrangement, signé de part et d'autre, c'est l'Ecole de Médecine qui entre actuellement dans l'Université Laval, pour, au bout de deux ans, ou même avant, s'en séparer tout à fait si elle n'est pas satisfaite, ou bien s'y absorber si le fonctionnement a été satisfaisant. Nous souhaitons sincèrement que l'arrangement persiste, et que le succès couronnant l'œuvre commune, tout dissentiment et toute discussion ayant pris fin, l'Université provinciale Laval puisse rivaliser avec ses sœurs de langue anglaise pour le plus grand bien de la jeunesse canadienne-française et le plus rapide avancement de la science.

N'ayant pas reçu en temps opportun le rapport officiel de la dernière réunion du Bureau provincial de médecine, il nous est impossible de le publier avec la présente livraison, ce dont nous demandons pardon à nos lecteurs. Ce n'est, au reste, que partie remise à novembre. Un confrère, présent à l'assemblée, nous

Digitized by Google

informe que le Bureau a décidé, à la majorité des voix, qu'il y avait lieu de recommander au gouvernement provincial de nommer un *médecin* à la charge d'Inspecteur d'anatomie. A notre sens, il n'est que juste que cette charge soit confiée à un médecin, et nous en dirons autant de celle de coroner. Les positions officielles dont les médecins peuvent prétendre devenir titulaires ne sont pas si nombreuses déjà qu'il faille nous en éliminer à tout prix, comme cela s'est fait pour le district de Montréal depuis nombre d'années. Quant à la question de compétence, il n'y a qu'une voix pour dire qu'un médecin est certainement le sujet le plus propre à remplir les deux importantes fonctions de coroner et d'inspecteur d'anatomie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

KERR.—**Inebriety, its etiology, pathology, treatment and jurisprudence,** by Norman Kerr, M. D., F. L. S. Second edition—London. H. K. Lewis, 136 Gower Str—W. C. 1889. Octavo de 471 pages. L'ouvrage le plus complet et le plus pratique qui ait été écrit sur ce sujet. L'auteur y a accumulé les résultats d'une expérience de vingt-cinq ans, présentant le tout sous une forme admirable de concision et de clarté La forme est irréprochable.

DESROCHES.—**Catéchisme d'Hygiène privée,** par le Dr. J. I. Desroches, Redacteur du Journal d'Hygiène Populaire de Montréal.

WÉBER—**Traitement par l'électricité et le massage,** par le Dr. A. S. Wéber.—Paris, Alex. Cocoz, libraire-éditeur, rue de l'Ancienne Comédie, 1889.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Mariage médical.—On annonce le prochain mariage de M. le Dr. Jacques Bertillon, chef du service statistique de la ville de Paris, avec Mlle Caroline Schultze, docteur en médecine, la première femme reçue au concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

Nécrologie.—*Etranger:* A Saint-Castin, France, M. le Dr. DUBOUÉ, (de Pau) médecin en chef de l'hospice de Pau, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.—A Paris, M. MAXIME PERRIN, directeur de l'Ecole du Val de Grâce, président de l'Académie de médecine.

Digitized by Google

Université Laval, Montréal.—L'ouverture solennelle des cours de l'Université Laval à Montréal s'est faite dimanche, le 13 octobre. La messe du St-Esprit a été chantée par S. G. Mgr Moreau, Evêque de St-Hyacinthe. Les Facultés, au grand complet, y assistaient.

Ci-suit la liste des professeurs, anciens et nouveaux, de la Faculté de Médecine, suivant l'ordre de préséance :

Dr T. E. d'Orsonnens, Dr J. P. Rottot, Dr W. H. Hingston, Dr L. B. Durocher, Dr A. H. Paquet, Dr A. Dagenais, Dr A. T. Brosseau, Dr E. A. Desjardins, Dr A. Laramée, Dr N. Fafard, Dr A. Lamarche, Dr A. Demers, Dr J. E. Berthelot, Dr S. Lachapelle, Dr J. A. Brunelle, Dr H. E. Desrosiers, Dr S. Duval, Dr J. J. Guerin, Dr A. A. Foucher, Dr L. D. Mignault, Dr E. A. Poitevin, Dr J. P. Chartrand.

La Chirurgie en Egypte.—Nous trouvons dans la correspondance égyptienne du *British Medical Journal* quelques détails intéressants sur la chirurgie en Egypte. Le docteur Clot-Bey, fondateur de la médecine moderne dans ce pays, fait remarquer que les Egyptiens, nés dans le pays, résistent d'une façon tout à fait remarquable aux opérations chirurgicales. Un Egyptien à qui on a amputé la cuisse à deux heures est assis dans son lit et semble ne rien ressentir à six heures. Une femme à laquelle on a enlevé le sein pour cancer, se lève le lendemain et peut se promener. Le shock opératoire est entièrement inconnu. Ces faits peuvent s'expliquer, d'une part, par la vie régulière que mènent les Egyptiens et, d'autre part, par leur resignation absolue.

Les Soudanais, au contraire, sucombent très facilement. La suppuration, les gangrènes, les nécroses, se montrent fréquemment chez eux après des opérations.

Nouveaux Etudiants.—Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, qui ont eu lieu à Québec en septembre dernier, ont donné le résultat suivant :

Sur 60 candidats, 43 ont été heureux. Ce sont MM. Alphonse Garneau, M. E. Déchêne, Henri Béland, Joseph Leclerc, Jules Dorion, Albert Jobin, W. A. Seguin, Origène Bournival, Louis Joseph Lemieux, J. R. Rivard, Robert Wilson, François James Hackett, Joseph F. Bédard, Zephirin Beauchamp, J. A. Hamelin, G. Boucher, Eugene Larue, Rod. Dazey, J. E. Landry, Joseph O. Lapierre, Victor Geoffrion, Gilbert A. Trenholme, Jacques P. H. Gagnon, P. Barrette, Joseph Sinaï Boisjols, H. de Martigny, Henri Lacoste, Gilbert Leblanc, Théodore Gervais, Joseph Arthur Gauthier, J. Eugène Mathieu, Is. Laviolette, Wilfrid Parant, Joseph St-Onge, Eusile Simard, E. Montpetit, H. Lesage, Wilfrid Boivin, Joseph Ouimet, Michel Blais, Thomas P. Shaw, F. X. Plouffe.

Digitized by Google

Maison pour les orphelins pauvres des médecins italiens. —Il vient d'être créé à Turin une institution qui est appelée à rendre les plus grands services aux orphelins pauvres des médecins. C'est un collège où ils seront élevés et instruits au moyen de bourses qui ont été créées récemment. L'enseignement qui leur sera donné sera le même que celui des gymnases et des lycées. L'ouverture de cette Ecole aura lieu le 1er novembre. Il serait à souhaiter, sinon qu'une institution semblable fut créée en France, mais que le nombre des bourses en faveur des orphelins des médecins soit augmenté et que cette mesure soit également étendue à leurs filles en créant pour elles aussi des bourses dans les lycées et colléges de jeunes filles.

Deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose—Les question mises à l'ordre du jour de ce Congrès, qui aura lieu à Paris à la fin du mois de juillet 1890, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1o De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux.

2o Des associations bactérienne et morbides de la tuberculose.

3o De l'hospitalisation des tuberculeux.

4o Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

N. B.—Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, *trésorier*, 120 *boulevard St-Germain.*

Ce qui concerne les communications à M. le Dr. L. H. Petit, *secrétaire général*, 11, *rue Monge.*

VARIÉTÉS

—On ne saurait prévoir toutes les surprises de la pratique, mais il faut être prêt à les conjurer.

—La médecine est une auréole—ou une robe de Nessus— qui accompagne le praticien partout où le hasard le mène.

—Si un médecin pouvait assister à ses propres funérailles, il serait étonné du nombre d'amis qu'il laisse derrière lui.

—Certaines maladies sont comme des chevaux de sang que seule une main experte et très délicate peut mener sans accident.

—En matière de médecine, les préjugés populaires sont de vieilles idées abandonnées par les médecins depuis un ou deux siècles

Digitized by Google

—Dans toute clientèle—médicale ou politique—il existe une portion flottante qui court d'instinct au plus offrant et dernier enchérisseur... de ses propres mérites.

—Comment se fait-il que sur cent femmes, pas une peut-être ne connaisse une loi scientifique, tandis que leur esprit retient tant de fausses opinions et de préceptes absurdes ?

Les dangers de la clientèle, influence des anesthésiques sur les impressions sexuelles chez la femme.—On a raconté bien des fois les déboires et les ennuis auxquelles sont exposés les médecins praticiens. Que de faits pour servir aux récriminations qui s'élèvent sans cesse et quelle foule d'arguments pour dissuader les jeunes gens qui se laissent entraîner vers notre profession par des sentiments généreux, des espérances mal fondées et une inexpérience absolue de la vie réelle! Les journaux de médecine ont raconté maintes fois ce fait d'une femme qui, ayant été endormie pour une opération et ayant éprouvé pendant son sommeil ces impressions sexuelles qui ne sont pas rares sous l'influence du chloroforme, avait ensuite accusé son médecin d'avoir profité de son état d'anesthésie pour abuser d'elle.

Il s'est présenté récemment, à l'étranger, devant la cour de police de Lambeth, un fait analogue, avec cette différence que la plaignante n'était poussée par aucun motif appréciable. Une jeune fille, nommée Field, accusait un très honorable médecin de Brixton Road, le Dr Edmund Pope, d'avoir attenté à son honneur, le 20 avril, quand elle lui demandait une consultation. Avec une imagination toute féminine, elle donnait même les plus minutieux détails sur cette prétendue scène. Comme le fit remarquer le président, c'était la plus grave accusation que l'on pût porter contre un praticien. La plaignante, il est vrai, ne pouvait fournir aucune preuve à l'appui de son dire, mais il est tout aussi difficile de démontrer que le fait n'avait pas eu lieu. Enfin, à la dernière séance, M. William Quicke, élève et assistant du Dr Pope, apporta à l'audience le registre sur lequel étaient régulièrement inscrits les noms de tous les malades; celui de la plaignante y apparaissait pour la première fois le 12 mai. L'attentat ne pouvait donc s'être produit le 20 avril, et cet argument vint jeter un singulier doute sur la vérité et la moralité de la plaignante. La défense fit généreusement valoir ce motif que, peut être, la malade était le jouet de cette variété d hallucinations dans laquelle les individus sont parfaitement convaincus de choses qui cependant n'ont jamais existé. En tout cas, le tribunal ne pouvait baser sur une accusation aussi dénuée de preuves une condamnation contre un homme qui jouit de l'estime générale; il rendit la sentence ordinaire et obligée en pareil cas en renvoyant le Dr Pope des fins de la plainte.

Digitized by Google

Mais, tout en se félicitant des résultats du procès, on ne peut qu'exprimer le regret qu'un honorable médecin puisse se trouver exposé à de pareilles accusations.

Voici un autre document du même genre, à l'appui de l'opinion que les dangers de la clientèle ne sont pas toujours faciles à éviter.

Devant un tribunal des Etats-Unis, un médecin, appelé comme expert, fit la déclaration suivante: " Une femme, sous l'influence d'un anesthésique, est plus apte à la conception que lorsque les rapports sexuels ont lieu par force; et je partage l'avis du Dr Beck exprimé dans son *Traité de Jurisprudence médicale*, à savoir, qu'une femme peut concevoir pendant l'anesthésie. Le relâchement qui se produit alors facilite la conception."

Ce point me parait établi, mais je désire ajouter une remarque que j'ai faite dans ma pratique et qu'il importe aux médecins de connaître. Il est bien reconnu aujourd'hui que, parfois, sous l'influence de l'éther ou du chloroforme, une excitation se produit dans les organes sexuels et le trouble provoqué dans l'esprit par cette sensation peut faire croire à une femme qu'elle a été victime d'une violence. Mes lecteurs se rappellent encore ce dentiste qui fut condamné comme ayant violé une femme anesthésiée, mais dont l'innocence devint plus tard si probable que le gouvernement fut forcé par l'opinion publique de le gracier. Le premier cas semblable dont je fus témoin se produisit pendant un accouchement. La femme, placée sous l'influence du chloroforme, éprouva des sensations sexuelles si vives qu'elle m'accusa de l'avoir violée et appela son mari pour qu'il vint la protéger. Or, celui ci se tenait auprès d'elle et une douzaine de femmes n'avaient pas quitté la chambre.

Dans un second cas, j'administrai le chloroforme à une femme pour l'extraction d'une dent, mais la physionomie de la patiente exprima bientôt une excitation vénérienne si accentuée que je me hâtai d'appeler ses parents. Au réveil, elle fut étonnée de se trouver entourée de sa famille et laissa clairement voir quelles avaient été ses impressions.

Une autre fois, une dame d'un certain âge, ma parente, entra dans mon cabinet, tout émue, et me raconta qu'elle venait de subir une légère opération pour laquelle elle avait été anesthésiée, et que le chirurgien avait abusé d'elle pendant qu'elle était sous l'influence du chloroforme. Elle entra à cet égard dans des détails très circonstanciés. J'étais persuadé qu'elle se trompait, et, en effet, en analysant son témoignage, je lui prouvai que les choses ne s'étaient point passées comme elle le croyait.

Il résulte de ces faits que la prudence doit conseiller aux médecins de ne jamais administrer l'éther ou le chloroforme hors la présence des témoins. — (*Union médicale.*)

JEAN CISEAUX.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.—M. H. E. DESROSIERS.

I. Chorée traitée par l'oxyde de zinc.—II. Coqueluche et belladone.—III. Traitement de l'ictère catarrhal.

I. Félicie M., âgé de onze ans, entre dans le service le 10 juillet 1889, pour une chorée dont elle souffre depuis plusieurs mois. Déjà elle est venue se faire traiter à l'hôpital en mai dernier et y a séjourné environ un mois et demi.

Les mouvements choréiques sont bien marqués, cessant durant le sommeil et s'aggravant quand la petite malade se sent observée. Celle-ci est de tempérament lymphatique. Il n'y a pas d'antécédents nerveux dans sa famille. Le cœur ne donne aucun bruit de souffle ; il n'y a pas eu de rhumatisme articulaire.

La malade a déjà été soumise à plus d'une médication ; on a successivement employé l'antipyrine, l'arsenic, les bromures, le chloral, les toniques reconstituants, le tout sans effet apparent

En face de ces échecs répétés, il a fallu songer à un changement de médication et nous avons commencé par ordonner le bromure de potassium à la dose de dix à vingt grains, trois fois le jour. L'effet a été nul ou à peu près, ce que voyant, nous avons substitué au bromure l'oxyde de zinc à dose de trois grains, augmentant successivement à cinq, huit, dix et douze grains, trois fois par jour, soit trente-six à quarante huit grains par jour. Sous l'influence de cette médication, une amélioration sensible s'est produite rapidement. Les mouvements choréiques étaient très légers dès le 15 août pour être à peu près nuls quand la malade a laissé l'hôpital le 1er septembre.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est encore assez difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante le mode d'action de l'oxyde de zinc et en général des préparations de zinc dans le traitement de la chorée. Il n'y a pas de doute que les sels de zinc, absorbés dans le sang, y circulent, probablement à l'état d'albuminates. Que sous leur influence le système nerveux soit calmé et que l'on constate la diminution des mouvements choréiques, cela semble prouvé par la clinique, mais le mode d'action du médi-

Digitized by Google

cament n'en reste pas moins obscur, et l'on peut en dire autant des sels d'arsenic, lesquels, on le sait, donnent de bons résultats dans le traitement de la danse de St. Guy.

II. Adeline D., 12 ans, est entrée dans notre service le 4 septembre, pour une coqueluche dont les débuts ont été assez normaux. La période catarrhale avait été suivie de la période spasmodique ; les quintes étaient nombreuses, longues, fatiguantes, et s'accompagnaient de vomissements et de menaces de suffocation. Le traitement suivant a été institué : matin et soir, insufflations, dans l'arrière gorge, d'une solution de cocaïne (10 grains à l'once.) A l'intérieur, le sulfate d'atropine à dose de 1/100 à 1/30 gr. deux fois par jour, répétant les doses plus souvent ou les augmentant, de façon à produire de la dilatation pupillaire.

J'incline à croire que le meilleur moyen d'obtenir de bons effets de la belladone dans les cas de coqueluche—de même que dans les cas d'incontinence nocturne d'urine, c'est d'administrer le médicament à doses suffisamment élevées pour mettre le sujet entièrement sous l'influence de la belladone, c'est-à-dire jusqu'à production de la dilatation pupillaire. La belladone, il ne faut pas l'oublier, est, toutes choses égales d'ailleurs, plus facilement supportée par l'enfant que par l'adulte, ce qui fait que l'on peut plus facilement, chez celui-là, élever les doses suivant le besoin.

Dans la coqueluche, quand la chose est possible, surtout en pratique civile, je fais faire, chaque soir, autour du lit des malades, des vaporisations à l'acide phénique au 200e, de façon à ce que les petits patients se trouvent pour ainsi dire confinés dans une atmosphère phéniquée. Cette mesure, bien simple en elle-même, a semblé me donner d'excellents résultats.

III. Le malade que voici, Guillaume H., 57 ans, est entré dans le service, hier, 18 septembre. Il suffit de jeter un coup d'œil sur lui pour reconnaître qu'il est sous le coup d'une jaunisse des plus intenses. Je passe rapidement sur l'histoire de ce malade pour vous dire tout de suite que le diagnostic auquel je me suis arrêté est celui d'ictère catarrhal. L'ictère catarrhal étant, dans la très grande majorité des cas, lié à une inflammation de la muqueuse gastro-duodénale, nous allons mettre le malade à la diète lactée et ordonnerons l'eau de Vichy à dose de une bouteille par jour. Pour combattre la tendance à la constipation, une dose de calomel sera donnée, à répéter dans deux jours s'il est besoin. Ce qu'il faut ici, en résumé, c'est favoriser la guérison du catarrhe duodénal, cause première de l'obstruction du canal cholédoque, laquelle obstruction devra, en cédant, laisser libre le cours de la bile dans l'intestin. Localement nous ferons appliquer dans le même but des fomentations chaudes qui devront être répétées toutes les deux heures.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 10 octobre 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

L'antisepsie obstétricale.

M. le PRÉSIDENT communique une note relative à l'antisepsie en accouchements. Il fait ressortir l'importance d'assurer une antisepsie ou mieux une asepsie parfaite avant, pendant et après le travail.

L'asepsie obstétricale comprend les soins de propreté, la désinfection des mains de l'accoucheur, les lavages, les injections et les applications antiseptiques. Elle a une importance incontestable dans la pratique générale des accouchements, mais plus particulièrement dans le service des maternités où les chances de contagion et d'épidémie sont plus grandes. A la campagne, où les cas d'infection puerpérale sont relativement rares, on se contente d'ordinaire, quoique pas toujours, des soins de propreté. Il est cependant des médecins qui poussent le mépris du microbe jusqu'à ne pas même se laver les mains avant que d'entreprendre un accouchement.

Il ne s'en suit pas que les épidémies de fièvre puerpérale ne se montrent jamais à la campagne. On les y constate de temps à autre, et il n'est pas irrationnel de croire que dans beaucoup de ces cas, c'est le médecin lui-même qui sert de mode de propagation à la maladie.

L'antisepsie en accouchements, si elle doit être rigoureuse, ne doit pas prendre des proportions ridicules ni exagérées. On peut la résumer ainsi : Lavage des mains de l'accoucheur dans une solution de sublimé (1 p. 2000) ; ce lavage doit se répéter chaque fois que l'on pratique le toucher ; grand lavage des parties génitales externes de la femme avec la même solution, et injection vaginale antiseptique au sublimé (1 p. 2000) ou à l'acide borique (solution concentrée).

Immédiatement après l'accouchement, grande injection ou irrigation de la cavité vaginale avec la liqueur de Van Swieten, injection qui devra être répétée deux ou trois fois le jour pendant la

Digitized by Google

première semaine après l'accouchement, puis une ou deux fois le jour durant la seconde semaine.

Il va sans dire que s'il y a intervention manuelle ou instrumentale : forceps, version, etc., l'antisepsie devra être plus rigoureuse encore. Les linges, ouate, étoupe, etc., que l'on applique aux parties génitales pour recevoir les lochies, doivent être absolument désinfectés, soit au sublimé, soit à l'acide salicylique, soit à l'acide borique, et être changés souvent.

Il n'y a pas de doute que les précautions antiseptiques sont de première importance dans la pratique des accouchements, cependant il est des faits curieux du genre de celui-ci : Un médecin de campagne, ayant exercé activement pendant quarante années dans une circonscription très étendue, n'a eu à traiter, durant cette période, que quatorze cas de fièvre puerpérale, et n'en a pas perdu un seul. Or, ce médecin n'a, durant cette même période, jamais employé de mesures antiseptiques. Il serait curieux d'avoir à ce sujet l'opinion et la manière d'agir des praticiens ayant exercé principalement à la campagne, avant l'époque antiseptique. Peut-être ne trouverait-on dans leurs statistiques guère plus de cas d'infection puerpérale qu'on n'en trouve actuellement dans les mêmes cas, depuis l'adoption des précautions antiseptiques préventives.

Dr Brennan.—Je crois à une antisepsie générale avant l'accouchement comme moyen de propreté et comme mesure préventive de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Pendant l'accouchement, le moins de manipulations possibles : *propreté* surtout de la femme et de son lit. C'est à l'accoucheur d'être rigoureusement antiseptique, c'est-à-dire propre, en sa personne.

Le médecin qui traite des cas d'érysipèle ou de scarlatine, élément d'infection puerpérale malheureusement trop oublié, ne doit pas en même temps faire des accouchements, ou s'il y est obligé, une antisepsie plus minutieuse s'impose.

Survient-il des signes d'infection générale ou de décomposition locale, il faut agir. L'antiseptique par excellence, ici, à mon idée, est l'acide borique. Le cas est-il grave et pressant, le sublimé s'impose, mais il faut l'entourer de toutes les précautions que son emploi commande.

Quelquefois des lavages vaginaux suffisent, si non, il ne faut pas craindre d'en venir aux lavages intra-utérins pratiqués avec une sonde à double courant. L'absorption septique continue-t elle à se faire, il faut un curage utérin.

Dans ces divers degrés il n'y a pas à hésiter, le devoir oblige d'agir. Je suis convaincu que beaucoup de femmes meurent par manque d'énergie, ou par insouciance quelquefois, de la part du médecin.

Il faut savoir attendre et il faut savoir intervenir à propos.

Digitized by Google

Traitement des douleurs post-puerpérales.

M LE PRÉSIDENT passe rapidement en revue les nombreux médicaments qui ont été conseillés pour combattre les douleurs consécutives à l'accouchement. Les douleurs post-puerpérales étant la plupart du temps de nature spasmodique et dues à une contraction des fibres musculaires de l'utérus, les médicaments qui semblent donner les meilleurs effets sont la morphine, la belladone, le chloral, le viburnum prunifolium. La morphine se donne mieux en injection hypodermique ou sous forme de suppositoire. Cependant il est de bonne prudence de ne donner ni morphine, ni opium avant que six heures se soient écoulées depuis la délivrance. La belladone s'administre aussi sous forme de suppositoire (1 à 2 gr. d'extrait). Le chloral réussit mieux si on le combine à l'opium. Le viburnum a donné d'excellents résultats entre les mains de M. le professeur DAGENAIS. Les applications chaudes (cataplasmes et fomentations) soulagent beaucoup, et peuvent être employées dès les premières heures, de même que les injections vaginales chaudes. Il va sans dire que si les douleurs sont directement provoquées et entretenues par la présence d'un caillot ou de débris de membrane dans la cavité utérine, il faudra procéder avant tout à l'extraction de ces corps étrangers.

Séance du 31 octobre.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

Monoplégie brachio-crurale.

M. le docteur BRENNAN communique la note suivante :

Il s'agit d'un malade âgé de soixante ans, robuste, bien constitué ; n'a jamais eu de maladie grave avant l'affection actuelle. Aucune histoire apparente de syphilis : pas de rhumatisme articulaire, ni désordre nerveux, ni mental. La mère vit encore, âgée de 80 ans ; le père est mort à 80 ans ; un frère souffre de rhumatisme ; les autres membres de la famille ont une bonne santé.

Le début de la maladie actuelle remonte à six mois et aurait été *graduel*, se trahissant par des fourmillements dans le bras et la jambe gauches ; ces symptômes précurseurs de la paralysie actuelle auraient débuté l'après-midi ; la parésie de la jambe gauche ayant été précédée pendant quelques jours de douleurs quasi fulgurantes. Au bout de trois ou quatre semaines, les membres gauches sont paralysés. Le début de la maladie et son évolution ultérieure n'ont été accompagnés d'aucun symptôme intellectuel ; il n'y a jamais eu ni perte de connaissance, ni céphalalgie, ni vertige, ni trouble oculaire, ni de la parole, ni de la déglutition. Pas

Digitized by Google

de paralysie faciale ni de désordre musculaire dans aucun autre groupe de muscles que ceux des membres paralysés. Le bras gauche est impotent, atrophié; les doigts sont en griffe. Pas de désordre de la sensibilité tactile et douloureuse. La jambe gauche est parésiée, non atrophiée, le malade ne peut marcher, ne pouvant se tenir sur sa jambe gauche qu'il traîne lourdement; couché, il peut la soulever du lit; pas de lésion apparente de l'articulation coxo-fémorale ni de l'épine dorsale; pas d'œdème ni de congestion passive. Les réflexes plantaire et rotulien persistent. Pas de pupille Argyll-Robertson; pas de tremblement. Aucun désordre des voies digestives, ni de la vessie. Aucune lésion cardiaque. Le malade n'est ni alcoolique ni fumeur. Il ne fait pas d'excès vénériens. Il n'y a pas d'athérome, pas de gérontoxon. Il n'a jamais souffert de grandes névroses ni subi de traumatisme. Aucun signe de saturnisme. Pas de diabète ni de lésions rénales. L'observation parait intéressante en ce qu'elle semble indiquer une lésion purement localisée aux centres moteurs du bras et de la jambe gauches.

Le malade est soumis à un traitement à base d'iodure de potassium à hautes doses, et, une couple de mois après, il y a une amélioration très sensible.

Méningite tuberculeuse.

M. LE PRÉSIDENT relate quatre cas de méningite tuberculeuse observés par lui en pratique civile, depuis la fin de juin dernier. Dans le premier cas, une fillette de huit ans, à constitution délicate, à prédisposition tuberculeuse, la rougeole ouvrit la scène, vers le 15 juin. Elle fut immédiatement suivie de la coqueluche sur laquelle se greffa la tuberculose, d'abord pulmonaire, puis méningée. Cette dernière termina la scène le 16 août.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de sept ans; intelligence précoce et prématurément développée. La malade fut vue le huitième jour de l'affection. Un médecin appelé au premier signal avait diagnostiqué une fièvre typhoïde et prescrit la quinine. Lors du huitième jour, la fièvre était modérée, le pouls à 80. Temp. 100° Fahr; pupille demi dilatée; respiration de Cheyne-Stokes. Le lendemain, le pouls était à 60, mais la petite malade, de plus en plus somnolente, répondait à peine aux questions. Constipation; ventre en bateau. Cet état dure quatre jours, au bout desquels le pouls remonte brusquement à 160 et la température à 104° Fahr. Respiration accélérée, mais pas de toux. Constipation. Congestions passagères de la face. Sommeil comateux, puis coma de plus en plus profond, et mort 21 jours après le début des symptômes alarmants. Des convulsions sont survenues la veille de la mort.

Le 3e et le 4e cas se rapportent à deux petits garçons âgés res-

Digitized by Google

pectivement de 21 mois et de deux ans et demi, et chez lesquels la maladie a suivi la marche classique. L'autopsie n'a pu être faite que chez l'enfant de 21 mois et a révélé la présence de tubercules innombrables à la base du cerveau et au niveau des corps striés, le tout accompagné d'une abondante effusion de sérum, les méninges en étant pour ainsi dire infiltrées. Pas de convulsions dans ces deux derniers cas ; pas de cris hydrencéphaliques.

M. le docteur BRENNAN rapporte aussi trois cas de méningite tuberculeuse dont deux ont débuté deux ou trois mois après une attaque de rougeole ; le troisième, environ six mois après une diphtérie maligne. Dans le premier cas l'enfant n'a cessé de tousser à la suite de sa rougeole et a présenté des signes de tuberculose pulmonaire. Deux points ont signalé le début de la méningite : le caractère maussade—de joyeux qu'il était—de l'enfant, des intervalles de nausées. La méningite s'est fait remarquer par un coma profond, continu, à début brusque. Les signes avant-coureurs du second ont été des vomissements sans raison appréciable survenant à des intervalles éloignés et une constipation prononcée.

M. BRENNAN fait remarquer que la méningite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le jugerait par les certificats de décès : les enfants meurent d'une autre maladie que la méningite tuberculeuse !

ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA (1)

Vingt-deuxième réunion annuelle, tenue à Banff les 12 *et* 13 *août* 1889.

Présidence du docteur Ross.

12. La séance s'ouvre à 8.30 p. m. (13 août) par la lecture d'un travail du docteur I. H. CAMERON, sur la hernie, travail au cours duquel il analyse les théories de M. LOCKWOOD.

Discussion par les docteurs MARCEY, GARDNER et H. P. WRIGHT et réplique du Dr CAMERON.

13. Le docteur PRAEGER rapporte plusieurs cas de chirurgie.

14. Le Président informe l'assemblée que le docteur JUKES a retiré sa communication sur la fièvre endémique des Territoires du Nord-Ouest.

15. Le docteur DUPUIS, appelé à lire son travail sur certains perfectionnements d'instruments médicaux et chirurgicaux, se contente, vû l'heure avancée, de faire voir et d'expliquer les instruments en question.

(1) Suite et fin. Voir la livraison précédente.

Digitized by Google

Les travaux dont suit l'énumération, sont considérés lus *par titre*, vu l'absence de leurs auteurs : Sources minérales, par le Dr H. B. SMALL, d'Ottawa. Du vertige comme symptôme oculaire et auriculaire, par le Dr J. W. STIRLING, de Montréal.—Une cause fréquente de déplacement de l'utérus en arrière, sa prophylaxie, par le Dr A. L. SMITH, de Montréal.—Un cas de névrose consécutive à une fracture composée, par le Dr John CAMPBELL, de Seaforth.

Le docteur STEWART, de Pictou, propose, appuyé par le docteur RODDICK, que le président nomme un comité chargé d'entrer en pourparlers avec les sociétés de médecine locales et provinciales ainsi qu'avec les gouvernements fédéral et locaux dans le but de faire reduire les droits douaniers sur les instruments de chirurgie. Adopté.

Le docteur P. S. CONNOR, parlant au nom des délégués américains, remercie l'Association pour l'invitation qui leur a été faite.

Le rapport du trésorier est adopté et se lit comme suit :

Actif.—Contributions reçues par le trésorier en charge (82)		$164.00
Passif.—Balance due au docteur Sheard	2.07	
Dû au " Times " de Hamilton	13.00	
Dû à Somerville, Benallack & Co., Montréal	5.50	
Timbres postes, papeterie, &c	30.75	
Dû au Moulton's Theatre Co	20 00	
Dû à la Compagnie de lithographie Burland	2.75	
		121.07
Balance en caisse		42.93
Réduction sur location du théâtre		5.00
		$47.93

Vérifié,

F. BULLER.
E. P. LACHAPELLE.

Le docteur Stewart, de Pictou, présente le rapport suivant de la part du comité de nominations :

Lieu de réunion : Toronto.—Président, Dr James Ross, Toronto, Ont. ; Secrétaire, Dr James Bell, Montréal, Que. ; Trésorier, Dr W. H. B. Aikins, Toronto, Ont.

Vice-Présidents :—Pour la Colombie Britannique, D. E. Berts, Nanaimo, C. B. ; Pour les T. N. O., Dr Brett, Banff, T. N. O. ; Pour Manitoba, Dr R. Spencer, Brandon, Man. ; Pour Ontario, Dr Bruce Smith, Seaforth, Ont. ; Pour Québec, Dr E. P. Lachapelle, Montréal, Que. ; Pour le Nouveau Brunswick, Dr Holden, St John, N. B. ; Pour la Nouvelle Ecosse, Dr L. Johnston, Sydney Mines, C. B. ; Pour l'Ile du Prince Edouard, Dr McLeod, Charlottetown, I. P. E.

Digitized by Google

Secrétaires locaux :—Pour la Colombie Britannique, Dr Fagan, New Westminster, C. B. ; Tour les T. N. O., Dr Rutledge Moosomin, T. N. O.; Pour Manitoba, Dr H. Higgingson, Winnipeg, Man.; Pour Ontario, Dr J. J. Farley, Belleville, Ont.; Pour Québec, Dr J. Elder, Huntingdon, Que ; Pour le Nouveau Brunswick, Dr Raymond, Sussex, N. B.; Pour la Nouvelle Ecosse, Dr W. S. Muir, Truro, N. E ; Pour l'Ile du Prince Edouard, Dr Warburton, Charlottetown, I. P E.

Les comités permanents sont formés comme suit :

Nécrologie.—Drs Hingston, A. H. Wright et Geo. Ross.

Education et littérature médicales.—Drs Dupuis, Cameron (Toronto) et Mullin.

Climatologie.—Drs Oldright, Bryce, F. Campbell, E P. Lachapelle, Parker, Jukes, Robillard, Patterson, Milne et Kennedy.

Déontologie.—Le Président et le Vice-président élus et les huit vice-présidents.

Arrangements.—Drs James Ross, Geikie, Oldright. Graham, Strange, Grassett, A. H Wright, O'Reilly et W. H. B. Aikins.

Publication.—Drs. A. Morrow, James Stewart et Heard.

Toutes ces nominations sont confirmées.

Des remerciments sont ensuite votés à la compagnie du Pacifique et à ses officiers, aux citoyens de Banff, au Dr Schultz, lieutenant gouverneur du Manitoba, à la compagnie du chemin de fer le Grand Tronc, aux médecins de Winnipeg, aux clubs de Winnipeg, et Manitoba, au président, Dr Wright, et au Dr James Bell, secrétaire général.

Sur proposition du Dr Oldright, appuyé par le Dr Lachapelle, il est résolu de recommander au gouvernement fédéral de faire dresser des statistiques au sujet des conditions climatériques de Banff et autres localités du Nord-Ouest, de la composition chimique du sol et des eaux du district, afin que la profession soit mieux en état d'y envoyer des malades. L'Association recommande en outre au gouvernement de faire établir une station de signaux à Banff, avec des branches à tous autres endroits que l'on jugera convenables, une personne compétente étant choisie pour surveiller les observations faites à chacune de ces stations.

Le docteur W. S. Muir propose, appuyé par le docteur Shepherd, que les secrétaires locaux fassent auprès des sociétés médicales de chaque province les démarches nécessaires pour s'assurer s'il n'y aurait pas moyen d'amener l'affiliation de ces sociétés à l'Association médicale du Canada.

Il est enfin proposé par le docteur E. P. Lachapelle, appuyé par le docteur Oldright, que l'Association déclare être d'avis que tous les praticiens devraient se conformer loyalement aux dispositions sanitaires en force dans chaque province, en rapportant à l'autorité tous les cas de maladie contagieuse, dans le but de mettre la dite autorité à même de prendre les mesures nécessaires pour empêcher la diffusion des dites maladies et prévenir les épidémies.

Digitized by Google

Le secrétaire donne lecture de la lettre suivante reçue de la part du Lieutenant Gouverneur de Manitoba :

Winnipeg, Man., 12 août, 1889.

Monsieur le Secrétaire,

En réponse au désir exprimé par les officiers et un grand nombre des membres de l'Association médicale du Canada que je sois présent à votre réunion de Banff, je regrette d'avoir à dire que, mon devoir m'appelant dans une autre direction, je ne pourrai pas me rendre à votre appel, espérant seulement pouvoir vous rencontrer quelque part dans la Colombie Anglaise avant votre départ. Laissez-moi dire à l'Association, par votre intermédiaire, combien je suis heureux personnellement, ainsi que toute la profession ici, du choix qu'a fait l'Association d'une ville du Nord-Ouest comme lieu de réunion cette année. Dans ma pensée, le choix de Banff est particulièrement approprié, attendu que cet endroit est un de nos *sanitariums* nationaux. Il est des questions d'ordre médical et scientifique qui peuvent y être mieux étudiées et discutées que partout ailleurs. Banff est situé sur une chaîne de montagnes mémorable par le souvenir de plusieurs grands médecins. Le docteur RICHARDSON (plus tard Sir John RICHARDSON) a suivi cette chaîne le long de notre grande rivière du nord jusqu'au point où ses sommets s'inclinent pour former les rivages de la mer arctique. Ce digne compagnon de notre grand voyageur arctique dont les restes sont ensevelis sous les neiges et les glaces de l'archipel boréal a été le premier à apprendre au monde l'existence de la flore arctique et sous arctique, et à donner des notions précises sur les mœurs de la faune sauvage du nord. Le docteur HECTOR a donné des notions précieuses sur les mêmes sujets, ainsi que sur les maladies des tribus du nord alors que le capitaine Palliser explorait les passes des Montagnes Rocheuses.

Le docteur CHEADLE, chirurgien de l'expédition de Lord Milton, a écrit ce livre intéressant : "Le passage du Nord-Ouest par terre," décrivant une des passes au nord desquelles vous êtes réunis en ce moment.

Je suis sûr que tant d'hommes savants, appartenant à une profession dont je suis fier d'être membre, quand ils en viendront à discuter, ne pourront que jeter une vive lumière sur les questions nombreuses qui seront présentées à leur examen, comme par exemple : Si la haute température des Sources de Banff est due à la désintégration des sulfites et des sulfates ou bien à une action volcanique ; si la température des sources variant suivant l'une ou l'autre de ces causes, la proportion relative des composés chimiques varie également ; l'influence des hautes altitudes sur le bacille de la tuberculose et autres germes morbifiques ; l'influence des grandes surfaces de roc graniteux non absorbantes sur la vie des bactéries qu'on pourrait rencontrer à ces hauteurs, etc, etc.

Digitized by Google

Et quand la discussion de ces questions d'ordre purement scientifique sera close, je demanderai à mes savants confrères de s'arrêter et de bien réfléchir au fait qu'ils sont réunis en un endroit où, pour raisons d'économie, le Canada est à sa plus grande largeur, (au lieu d'être une simple bande de terre cultivable sur les bords du St Laurent.) à un endroit où, à l'Est, le Canada mesure 1300 milles de terres bonnes pour culture et pâturage, et à l'Ouest, une largeur presque égale tant au nord qu'au sud, d'un des plus riches districts miniers du monde entier.

Je demeure,
Cher monsieur,
Votre, etc.,

JOHN SCHULTZ.

Il est décidé que cette lettre sera publiée dans tous les journaux de médecine de la Puissance. Et la séance est levée.

CORRESPONDANCE.

A travers les hopitaux de Paris.

Monsieur le Rédacteur-en-chef,

Je viens aujourd'hui vous parler un instant de M. Lucas-Championnière, chirurgien à l'hôpital St. Louis, tel que je vous l'ai promis dans ma dernière. Il est vrai que ce monsieur n'est pas encore arrivé à la célébrité du grand Péan, mais il n'en est pas moins une étoile de première grandeur. C'est un travailleur émérite, un homme d'action et d'étude qui a beaucoup d'énergie et un grand désir de parvenir. S'il n'arrive pas à la hauteur du maître, ce ne sera pas de sa faute, car il fait tout ce qu'il peut. Mais quand même il n'arriverait jamais, il n'en sera pas moins l'une des figures marquantes de l'histoire de la chirurgie du dix-neuvième siècle. Car il ne faut pas oublier qu'on peut être bien inférieur à Péan, et être encore très grand chirurgien. Pendant mon séjour à Paris j'aurais bien désiré suivre ses cliniques assidument, mais des circonstances incontrolables m'en ont empêché. Cependant j'ai eu le plaisir de le voir assez souvent à l'œuvre pour être en état d'en parler avec connaissance de cause. M. Lucas-Championnière est comparativement un jeune homme. Il dépasse à peine la quarantaine et a devant lui toute une carrière. Il a certainement le temps de changer de route bien des fois avant de se fossilifier. Il est rare de rencontrer une figure aussi sympa-

Digitized by Google

thique et qui, à première vue, impressionne aussi favorablement. Des traits réguliers, des yeux bleus et doux. le nez un peu aquilin, une tête bien modelée qu'il porte avec fierté, un maintien splendide, une apparence très intelligente, sont autant d'ornements et de dons qu'il possède pour se faire aimer. Aussi ses malades l'adorent. Ce qui contribue beaucoup à sa popularité, c'est son babil incessant, sa faculté de parler toujours.

Il cause avec tant de grâce et de bonhomie, il parle si bien qu'on ne se fatigue jamais de l'entendre. Toujours le sourire sur les lèvres, on dirait que c'est un bonheur pour lui d'entendre roucouler sa voix au timbre d'argent. Et ce qui ajoute au charme de sa conversation brillante, c'est qu'il n'emprunte ses idées de personne. Il en a à lui, et, un peu vaniteux, un peu fier et orgueilleux, il ne perd jamais une occasion de les mettre au jour. Il a un peu la marotte des grands hommes. Il affecte de se faire humble tout en se croyant supérieur. S'il ne faut que des talents et beaucoup d'ambition pour laisser un nom dans l'histoire. il laissera le sien, car il a des talents et beaucoup d'ambition. On ne peut pas lui refuser cependant un esprit large et éclairé et une détermination bien arrêtée de laisser les vieux sentiers battus. Il y a longtemps qu'il a brisé avec les vieilles idées et les vieux préjugés, et qu'il court à toute bride dans la voie du progrès. Il est constamment à faire de nouvelles expériences et de nouveaux essais. Depuis quelques mois, il s'est mis à la recherche d'un moyen quelconque pour enrayer cette terrible maladie : l'épilepsie.

Après s'être adressé en vain à la matière médicale, il a eu recours à la chirurgie. Après maintes expériences, il s'est avisé en dernier lieu de faire la trépanation du crâne A la fin d'août dernier il avait opéré six fois, et il faut le dire à sa louange, avec un succès tout à fait inattendu. Tous les opérés ont éprouvé un soulagement sensible. Trois ne sont pas revenus après l opération, mais ils étaient déjà bien mieux quand ils ont laissé.

Deux sont revenus et n'avaient éprouvé un seul accès depuis leur départ de l'hôpital. Le sixième cas était encore récent. C'était une jeune fille qui avait été opérée six semaines auparavant.

A cette époque, elle avait souvent jusqu'à douze accès par jour et ses facultés intellectuelles étaient menacées d'un naufrage complet. Mais aussitôt après l'opération les accès ont diminué. Elle n'en a eu que quatre dans les quinze jours qui ont suivi, et qu'un seul dans le mois suivant. Et ce qui est très flatteur, c'est que les facultés intellectuelles étaient déjà revenues. Elle ne souffrait plus de maux de tête, d'étourdissements, d'hallucinations, etc., etc., qui jusque-là ont fait sa vie si malheureuse. Ainsi dans tous ces cas, un mieux sensible s'est fait sentir immédiatement après l'opération, ce qui démontre que ce traitement est celui qui promet le plus de tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici. M. Lucas-Championnière est un bel opérateur et manie le scalpel avec une

Digitized by Google

grande habileté. Toutes ses opérations portent le cachet d'une apparence classique.

Fervent disciple de l'antisepsie, il ne néglige aucun détail tant soit peu nécessaire à la consécration du principe. Ses pansements sont toujours faits avec soin, et d'après les méthodes les plus récentes. J'ai remarqué qu'il est fort sur le drainage. Il prétend que c'est une mesure qui ne peut jamais faire de tort, et peut souvent en éviter beaucoup. Le drain, employé judicieusement, prédispose la guérison par première intention dans la plus grande partie des cas. De tous les antiseptiques il donne la préférence à l'acide phénique.

Dans ses laparatomies, il emploie un mélange de bicarbonate de soude, d'iodoforme, etc., etc., et son pansement, du reste, diffère peu de celui de Péan.

Je m'arrête, croyant en avoir assez dit pour faire connaître un peu à vos lecteurs cet éminent chirurgien si recherché et si sympathique à nos médecins canadiens qui l'ont suivi.

Quoiqu'il brille d'un grand éclat, il brillerait bien davantage s'il n'avait pas comme plusieurs autres à souffrir de l'ombre du grand maître.

M. M. MITIVIER.

Holyoke, Mass., novembre 1889.

Le Congrès international de l'alcoolisme, qui s'est tenu récemment à Paris, a émis le vœu que les gouvernements prennent des mesures pour restreindre le nombre des cabarets.

Cette diminution peut être obtenue, soit en limitant le nombre des cabarets, soit en les frappant d'une taxe élevée, ou bien encore en appliquant ces deux moyens à la fois. C'est ce qu'a fait l'année dernière l'Etat du Massachusetts en votant une loi qui limite le nombre de cafés à 1 pour 1,000 habitants en dehors de Boston et pour 580 à Boston. Concurremment avec cette limitation du nombre des établissements publics, on a élevé leur patente en multipliant leur cote antérieure par 100.

La nouvelle loi est entrée en vigueur le 1er mai dernier. A la fin d'avril, il y avait à Boston 1,658 établissements publics ; il en a été fermé 878, soit exactement la moitié.

Des trois moyens principaux employés dans les Etats-Unis pour restreindre l'alcoolisme : prohibition de la fabrication et de la vente des spiritueux, limitation du nombre des cafés, fortes patentes pour les établissements publics, c'est ce dernier qui donne, paraît-il, les meilleurs résultats.

Digitized by Google

MEDECINE.

De l'insuffisance hépatique.—Clinique de M. le prof. LANCEREAU.—La connaissance des conditions physiologiques de la mort est l'une de celles sur lesquelles le médecin doit être le mieux renseigné, car il lui faut avant tout chercher à prévenir ce dénouement fatal, et cependant avouons que c'est un des points dont on s'occupe le moins.

Nous entendons par insuffisance hépatique un complexus symptomatique résultant d'un simple trouble fonctionnel, dû le plus souvent à une altération de structure et entraînant la perturbation ou la suppression passagère ou prolongée des fonctions du foie. Le nom d'acholie employé comme synonyme ne désigne qu'une partie de ce complexus, celle qui résulte de la suppression de la bile. Mais comme on a appelé de ce nom les troubles consécutifs à l'obstruction des voies biliaires sans les analyser, et que cette obstruction est fréquemment suivie de la destruction des cellules hépatiques, il en résulte qu'on a rapporté à l'acholie la plupart des phénomènes relevant de l'insuffisance hépatique.

L'insuffisance hépatique se manifeste quelquefois, mais rarement, à la suite d'un simple trouble fonctionnel. C'est le plus souvent dans le cours d'une altération primitive ou secondaire de la glande que se montrent les phénomènes caractéristiques de ce syndrome dont la description suivante, bien qu'artificielle, se rapproche autant que possible de la nature.

Le malade, jusque-là amaigri ou étique, le plus souvent atteint d'ascite et d'ictère, se sent fatigué, courbatu et mal à l'aise. Son caractère devient irritable; il éprouve de l'oppression dans la marche ou même au repos, et se plaint des sensations d'étouffement. Il accuse de l'insomnie, présente de la torpeur et ne tarde pas à être pris d'un délire d'abord léger, puis plus intense, avec agitation la nuit. Il survient des soubresauts des tendons, quelques convulsions partielles, des contractures des mâchoires, des membres supérieurs, plus rarement des inférieurs, de l'incontinence des fèces et des urines. A cette phase d'excitation succède généralement une période de dépression caractérisée par un anéantissement complet, de la somnolance et du coma, avec ou sans formation d'eschares à la région sacrée.

En même temps, et parfois plus tôt, la langue est pâteuse, amère, saburrale, puis elle se dessèche; il survient du météorisme, des vomissements peu abondants, verdâtres ou jaunâtres, assez

Digitized by Google

semblables aux vomissements de l'urémie. La soif est relativement peu vive, l'appétit complètement aboli : le malade ne désire ni boire, ni manger. Les évacuations rarement normales sont souvent diarrhétiques et fétides. Quelquefois il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. Le volume du foie diminue, tandis que celui de la rate augmente.

A partir du moment où se déclarent les phénomènes d'insuffisance hépatique, les fonctions urinaires sont habituellement troublées. Les urines diminuent de quantité ; elles sont acides, fortement colorées, souvent ictériques, épaisses, uratiques et quelquefois albumineuses. Elles renferment de l'urée en moindre proportion, de la leucine et de la tyrosine.

La respiration est ordinairement modifiée. Le malade, toujours oppressé, éprouve une vive sensation de constriction sternale. L'inspiration est courte, l'expiration rapide, puis vient une longue pause, ainsi que cela a lieu chez les animaux auxquels on a sectionné les deux nerfs pneumogastriques. Ce mode respiratoire ressemble à celui de l'urémie, au type Cheyne-Stokes. On ne constate rien d'ailleurs à l'auscultation, si ce n'est quelques râles de stase. Il existe assez ordinairement une toux sèche et gutturale, et le patient, lorsqu'il existe de l'ictère, continue d'être tourmenté par un prurit insupportable.

Le pouls irrégulièrement fréquent présente 80 à 100 pulsations, 120 parfois. Il y a des palpitations intermittentes, inégales, des battements dans les grosses artères, du refroidissement des extrémités. La température s'abaisse au-dessous de 37°, parfois elle s'élève, mais dépasse rarement 38°.

A ces phénomènes s'ajoutent assez ordinairement des hémorrhagies, épistaxis, pétéchies, gastrorrhagies, hémoptysies, plus rarement des hématuries. La dénutrition est rapide et démesurée, les traits du visage s'altèrent, la face se grippe. La peau se sèche, devient écailleuse, mais elle est rarement le siège d'éruptions.

Cet ensemble symptomatique qui peut être qualifié en somme d'état typhoïde, ataxo-adynamique, évolue rapidement, sa durée habituelle varie de deux à huit ou dix jours, et sa terminaison la plus fréquente est la mort.

Ce complexus, comme on le voit, présente des analogies frappantes avec celui de l'urémie. Comme dans l'urémie, il y a du délire, de l'oppression, des vomissements, du coma, des convulsions. Mais l'urémie revêt des formes diverses. Les vomissements sont isolés, et ne se perdent pas au milieu du tableau général, comme dans l'insuffisance hépatique. L'urémie est plus changeante, plus protéiforme. L'insuffisance hépatique a plus d'analogie avec ce qu'on a décrit sous le nom d'ammoniémie, avec l'état final des urinaires et non des urémiques. Dans la cachexie des urinaires, en effet, s'observent la plupart des phénomènes de l'insuffisance hépatique.

Digitized by Google

Quelles sont les conditions pathologiques de ce syndrome. On peut dire d'une manière générale de toutes les maladies du foie qu'elles attaquent d'emblée la cellule hépatique, ou qu'elles la modifient consécutivement à d'autres désordres. A la première catégorie appartiennent l'ictère grave primitif ou fièvre ictérique, puis la fièvre jaune, l'intoxication par le phosphore, par l'arsenic ; dans la seconde, se rangent les cirrhoses ; l'épithéliome primitif du foie, les ictères par rétention biliaire, etc. Dans tous les cas, l'insuffisance hépatique n'apparaît pas d'emblée mais au bout d'un temps plus ou moins long, de quelques jours ou de plusieurs mois, et même plus, suivant la localisation morbide, alors que le foie se trouve profondément modifié. Or, dans toutes ces maladies, il est un désordre anatomique commun, l'altération primitive ou secondaire de la cellule hépatique. Bien connue dans l'ictère grave, la fièvre jaune, etc., cette altération existe encore dans la stéatose, le cancer primitif est aussi dans l'ictère par rétention. L'altération de la cellule hépatique est la condition nécessaire à l'insuffisance hépatique. Cela devait être *a priori*, car c'est l'élément spécial, chargé de la fonction du foie.

Ainsi l'examen des faits nous amène a conclure que l'insuffisance hépatique est subordonnée à un certain désordre matériel et peut être purement fonctionnel de la cellule glandulaire du foie. Mais par quel mécanisme se produisent les désordres qui la caractérisent ? Quel est tout d'abord le rôle fonctionnel de la cellule hépatique ?

Cet élément sécrète la bile, fabrique du glycogène qui contribue au maintien de la chaleur, et à la nutrition du sang et des tissus. Ce glycogène, ainsi qu'il résulte de recherches récentes (Roger) paraît servir encore a l'accomplissement de la troisième fonction du foie qui est de transformer les matières albuminoïdes, de former de l'urée et autres produits ultérieurement éliminés par les reins. Ainsi se trouve mise en évidence la corrélation existant entre les fonctions du foie et celles du rein, deux organes possédant chacun un système porte et des fonctions éliminatrices.

Parmi ces fonctions multiples, quelle est celle dont la suppression a pour effet le tableau clinique de l'insuffisance hépatique. Est-ce l'abolition de la fonction biliaire ?

La bile est un produit récrémentitiel, qui, à la vérité, jouit de proprietés antiseptiques dues surtout à l'acide cholalique ; mais aussi elle est un liquide toxique. Les recherches de Bouchard ont appris que si " en des temps égaux l'urine élimine la moitié de ce qu'il faut pour tuer un homme, la bile élimine le triple, et par conséquent la totalité de la bile est six fois plus toxique que la totalité de l'urine."

Le même auteur a démontré que l'homme fabrique en huit heures de quoi se tuer lui-même par sa seule sécrétion hépatique. Il faut de 4 à 6 centimètres cubes de bile pour tuer en convul-

Digitized by Google

sions 1 kilogr. d'être vivant. Austin Flint avait été conduit à attribuer à la cholesterine les propriétés toxiques de la bile ; mais les preuves qu'il donne de sa manière de voir laissent à désirer, et d'ailleurs chez les vieillards, on peut voir des foyers athéromateux largement ouverts dans l'aorte et contenant quelquefois plusieurs grammes de cholestérine sans qu'il y ait traces d'empoisonnement.

D'autre part, il résulte des recherches de Bouchard que la bile décolorée par le charbon est trois fois moins toxique que la bile en nature, et que la matière colorante, la bilirubine tue à la dose de 5 centigr. par kilogramme de lapin. Quant aux sels biliaires ils seraient dix fois moins toxiques.

A l'état physiologique, nous sommes protégés contre cette source d'intoxication par la précipitation dans l'intestin précisément des deux éléments actifs, la bilirubine et les sels. La bilirubine précipite au contact du chyme acide qui la rend insoluble et empêche qu'elle ne soit résorbée. Les acides des sels biliaires très instables, se décomposent pour aboutir à l'acide cholalique, au glycocolle, à la taurine, et enfin à une matière insoluble, la dyslysine. La soude, base de ces sels, est inoffensive, et si donc la bile est un liquide récrémentitiel, c'est-à-dire résorbable en partie, la résorption ne s'opère que sur les matériaux inoffensifs. Et d'ailleurs c'est au foie qu'arrivent les parties résorbées de la bile et l'on sait que le foie arrête les poisons.

A l'état pathologique, l'intoxication par la bile n'est pas mieux démontrée, et si l'acholie n'entraîne pas forcément l'insuffisance hépatique, elle n'en est pas moins une partie importante. Quand, au début ou au cours d'une affection, la cellule hépatique est atteinte, la fonction biliaire est supprimée ou ralentie. Dans l'ictère grave, la mort, si commune, ne peut être attribuée à l'intoxication par la bile, car la fonction biliaire du foie est supprimée, comme d'ailleurs elle finit par l'être dans certains cas d'ictère catarrhal ou par rétention, précisément au moment où survient le danger, c'est-à dire au moment où les phénomènes de l'insuffisance hépatique commencent à se manifester.

Nous sommes donc obligés, pour expliquer le syndrome insuffisance hépatique, de faire intervenir, au lieu de l'intoxication par un produit normal, la bile, l'intoxication par des poisons anormaux, qu'ils résultent de l'absorption intestinale ou de la rétention des matériaux destinés à être emportés par le liquide biliaire ou de l'absence de formation de ce liquide.

Quand il y a ictère, nous sommes protégés contre l'intoxication par la fixation dans le sang et les tissus blancs de nature conjonctive de la bilirubine, qui s'élimine avec les sels par les urines, plus toxiques d'ailleurs chez les ictériques.

Au nombre des accidents dus à la suppression de la fonction cellulaire du foie se trouve la diminution de la quantité des uri-

Digitized by Google

nes. L'insuffisance de l'émonctoire hépatique est pour ainsi dire forcément suivie à un moment donné de l'insuffisance du grand émonctoire rénal. Les urines qui, en effet, renferment de l'albumine, de la leucine, de la tyrosine, etc., deviennent d'autant plus rares que le foie livrant passage à des matériaux qu'il devrait élaborer ne fabrique plus l'urée, si longtemps incriminée et que l'on s'accorde aujourd'hui à regarder comme bienfaisante et diurétique. La physiologie pathologique des accidents de l'insuffisance hépatique comprend donc l'urémie au nombre de ses éléments. Il y a lieu de croire avec Bouchard que la filiation des accidents dans les affections du foie par rétention biliaire, tout au moins, est la suivante : empoisonnement biliaire (cholémie), altération des cellules hépatiques et suppression de leurs fonctions (acholie), modifications de la sécrétion urinaire aboutissant à l'insuffisance rénale ; puis auto-intoxication due tout à la foie à la formation de produits toxiques anormaux, et *par urémie*, c'est-à-dire par la non-élimination des produits toxiques normaux que l'urine emporte physiologiquement.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'insuffisance hépatique emprunte à l'urémie quelques-uns de ses caractères cliniques, comme on l'a vu plus haut. Ainsi s'explique ce fait que, dans les lésions graves du foie, l'imperméabilité rénale est le plus grand danger, et cet autre non moins important que l'amélioration du malade coïncide avec l'augmentation de l'urée dans les urines, comme vous avez pu le constater plusieurs fois dans notre service.

La fonction biliaire du foie a été connue de tout temps, et l'on conçoit que l'acholie ait été la première théorie des accidents terminaux dans les maladies hépatiques. Si nous continuons à faire abstraction des fonctions thermiques et hématopoiétiques du foie, il ne nous reste plus, indépendamment de la fonction uropoiétique déjà envisagée, qu'à considérer la fonction glycogénique dont le rôle ne paraît pas être le plus important dans l'espèce, et enfin une dernière fonction récemment étudiée et dont les recherches suivantes peuvent donner une idée.

Heger, en 1873 et Schiff, plus tard, ont démontré que le foie retient une partie des alcaloïdes qui le traversent. Pour Schiff et son élève Lausenbach, le foie détruit ou transforme les alcaloïdes. Pour Heger et son élève Jacques, il les arrête et les emmagasine. Les expériences récentes de Roger tendent à établir que le foie arrête au passage une partie des alcaloïdes qui lui sont apportés par le sang de la veine porte, ce qui explique la différence d'action des alcaloïdes végétaux suivant qu'on les introduit sous le derme ou dans l'intestin, l'animal résistant toujours davantage dans le dernier cas. On sait, par exemple, depuis Lussana, que le curare, mortel quand il est injecté sous la peau, est sans effet quand on l'introduit par la voie digestive, exception faite toutefois de la muqueuse rectale. Lorsqu'il y a absorption digestive, c'est la bile et non l'urine qui renferme de la curarine.

Digitized by Google

Le pronostic de l'insuffisance hépatique est des plus sérieux, en tout cas, beaucoup plus grave que celui de l'insuffisance urinaire, par ce fait que la suppléance fonctionnelle est beaucoup plus difficile à établir. L'intestin et surtout le rein sont les organes appelés à cette suppléance, c'est dire qu'ils doivent être visés avant tout dans le traitement de l'insuffisance hépatique.

L'emploi des diurétiques et des purgatifs cholagogues, sains et mercuriels est ici naturellement indiqué ; il ne faut pas hésiter à les administrer à une dose suffisante si on veut obtenir un résultat et tout au moins prolonger la vie du patient. Les bains et les frictions cutanées agiront dans le même sens en favorisant les fonctions de la peau. Les inhalations d'oxygène viendront suppléer aux oxydations généralement ralenties et aideront à la combustion des substances toxiques de l'organisme.

Les alcalins, le bromure, l'iodure de sodium ont encore ici leur indication. Sans partager absolument l'opinion de Bouchard, qui considère comme capitale la désinfection du tube digestif pratiquée à l'aide du naphtol et du salicylate de bismuth, je pense que cette médication peut s'ajouter à celle qui vient d'être signalée. Il est rationnel de penser que, si on ne peut parvenir à modifier la cellule hépatique de manière à ce qu'elle fasse de la bile, de l'urée, du glycogène, on doit faire en sorte qu'elle n'ait pas à agir sur les poisons intestinaux.

Le régime a une grande importance dans l'espèce ; les aliments par trop azotés pouvant nuire doivent être interdits. Le lait, aliment complet et qui possède une grande vertu diurétique, est naturellement indiqué ; il doit être pris d'une façon exclusive ou pur, ou coupé à l'aide de boissons alcalines, de préférence l'eau de Vals. Les grogs au café et au cognac sont encore des boissons utiles.

Ainsi donc le foie peut, dans une certaine mesure, préserver l'organisme de l'action des agents toxiques introduits par le tube digestif, et vraisemblablement aussi, suivant Bouchard, des substances délétères qui peuvent se former dans l'intestin. Le rein joue encore, en pareil cas, un rôle incontestable et très important, quand surtout la barrière hépatique se trouve supprimée. Mais si l'intégrité de la fonction rénale est la plus grande chance de salut que puisse avoir un malade atteint d'affection du foie, on pourrait peut-être dire aussi avec autant de raison que l'intégrité de la fonction hépatique est d'un grand secours dans les affections graves du rein. Il y a comme un balancement entre les deux principaux émonctoires de l'économie.

Le diagnostic de l'insuffisance hépatique est aisé dans les affections du foie ; la rougeur, la sécheresse de la langue, la diminution de l'appétit, la perte des forces générales, le délire, etc., sont autant de signes qui ne permettent pas de méconnaître ce syndrome. Il n'en est pas de même, toutefois, dans les maladies fé-

Digitized by Google

briles aiguës où les désordres de l'insuffisance hépatique sont facilement confondus avec ceux de la maladie générale. Le médecin qui suit ces fièvres ne peut donc trop surveiller les fonctions du foie et des reins, et, dès qu'il voit se produire un changement dans la marche de la maladie, il doit toujours se demander si ce changement ne peut tenir à un désordre de l'une ou de l'autre de ces fonctions afin d'y remedier au plus vite. La connaissance du tableau clinique tracé au début de cette leçon le conduira le plus souvent, je l'espère, à la solution du problème.—*Union médicale.*

Insuffisance aortique.—Clinique de M. le prof. PETER à l'hôpital Necker.—M. le professeur Peter vient d'examiner à la visite un malade qui présente une dyspnée tellement considérable qu'on pourrait même dire que c'est de l'orthopnée. On est d'abord frappé par la pâleur de son visage, pâleur, disons-le tout de suite, qui n'a rien d'asphyxique, avec légère teinte subictérique. Par sa chemise entr'ouverte on perçoit la turgescence des veines jugulaires et on voit battre les carotides. A ces seuls signes, le diagnostic s'impose, on a affaire à une insuffisance aortique, car si c'était un anévrysme, il n'y aurait ni pâleur, ni angoisse.

D'après notre malade, cette oppression est accompagnée de crises douloureuses dans la région thoracique supérieure avec douleur et engourdissement dans les deux bras, surtout le gauche.

Donc, voilà un homme qui est pâle, qui a des battements carotidiens et jugulaires, d'une part; d'autre part, il a des crises douloureuses indépendamment de son oppression, et des douleurs surtout à gauche et de chaque côté du larynx, ce qui indique que ses pneumo-gastriques sont atteints.

Cet homme a de l'angine de poitrine, mais quelle espèce d'angine de poitrine ?

Nous apercevons au niveau de son troisième espace intercostal gauche des traces de cautère. Il a quelque chose du côté de l'aorte. Son pouls est vibrant.

Auscultation: Le premier bruit à la base est dur, rude, presque raboteux; au second temps, il y a un souffle intense. En poursuivant les investigations, on constate un peu au-dessous du point maximum du souffle un magnifique bruit de galop; le ventricule gauche est donc hypertrophié.

Percussion: L'aorte à son origine a 6 cent. ½ de matité transversale, et à la crosse 8 cent. ½; il y a donc là une très évidente dilatation, car chez les gens les plus développés, à l'état normal, la matité atteint à peine 5 cent. ½. Cette dilatation est d'autant plus remarquable que le malade est petit et malingre. Si on presse avec la main dans la région de l'aorte, au point du plexus brachial, le malade indique une souffrance à l'endroit d'intersection de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les deux pneumogastriques sont douloureux.

Digitized by Google

Le fait de l'existence d'un bruit de galop fait supposer l'hypertrophie du ventricule gauche, En effet, le grand diamètre oblique du cœur est de 15 cent. ½ et la pointe du cœur descend très bas.

Si on examine l'hypocondre droit, on voit que le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression ; il mesure 15 centimètres de haut en bas, tandis que normalement il mesure seulement de 11 centimètres à 11 cent. ½.

Pour ce qui est de l'appareil rénal, l'urine, peu abondante, renferme une grande quantité d'albumine.

En résumé, nous avons: insuffisance aortique, douleur du plexus cardiaque et du plexus pulmonaire, hyperhémie hépatique et rénale.

Et ce n'est pas tout, le malade a de l'œdème des membres inférieurs, de l'œdème blanc et mou des cachectiques causé par le mauvais fonctionnement de la respiration, de la nutrition, de l'hématopoièse hépatique et de l'épuration rénale.

Pourquoi cet homme est il atteint d'une insuffisance ?

M. Peter fait remarquer qu'il y a deux formes très dissemblables d'insuffisance aortique. Physiquement, le bruit morbide est le même; il y a également hypertrophie et dilatation du ventricule gauche; la lésion matérielle entraîne les mêmes résultats. Mais ces deux formes sont différentes, et par leur origine et par leur terminaison. On a signalé la mort subite dans l'insuffisance aortique. Prenons y bien garde, toutes les insuffisances ne déterminent pas la mort subite.

Les valvules sigmoïdes appartiennent d'un côté à l'endocarde, et de l'autre à l'endartère. Elles peuvent être malades ou par endocardite ou par endartérite (aortite).

Or, cet homme n'a jamais eu de rhumatisme; il a une insuffisance aortique par aortite. Le *pronostic* est tout à fait différent. Jamais dans l'insuffisance par endocardite il n'y a de mort subite. On peut dire que c'est la moins grave de toutes les maladies du cœur, ou plutôt de l'endocarde. Notre malade a des douleurs, ce qu'il appelle des crises, qui sont des accès d'angor pectoris.

L'insuffisance aortique par endartérite procède sournoisement, elle s'établit lentement pour arriver au ratatinement des valvules sygmoïdes; l'angine de poitrine est causée par la névrite cardiaque.

On a dit que ce n'était pas la névrite cardiaque qui causait l'angine de poitrine, mais bien le rétrécissement des artères coronaires, l'angine étant due à un trouble de nutrition du muscle cardiaque. C'est possible. Mais on comprend alors difficilement que le malade ne souffre pas au niveau du muscle cardiaque et des artères coronaires. Topographiquement, par l'examen physique, on peut se rendre compte du contraire.

On voit des cas d'oblitération des artères coronaires sans angine

Digitized by Google

de poitrine, et par contre de l'angine sans rétrécissement Du moment que l'arbre aortique est pris, il est naturel que les artères coronaires le soient aussi, mais c'est la lésion contingente de l'aortite. M. Peter a fait deux autopsies d'angine de poitrine avec lésion des nerfs cardiaques. M. Lancereaux en rapporte plusieurs également.

Ceci explique comment les malades atteints d'insuffisance aortique sans endocardite et avec aortite sont destinés à mourir et subitement. C'est ce qui arrivera à l'homme dont nous nous sommes occupés aujourd'hui ; il est dans un état cachectique profond, et il mourra dans un accès d'angine de poitrine.—*Praticien.*

Chloro-anémie.—Clinique de M. le prof. Potain à l'hôpital de la Charité.—Voici une malade sur laquelle j'attire votre attention à propos du diagnostic différentiel.

L'affection dont elle est atteinte se manifeste par des symptômes qui peuvent être différemment interprêtés et induire en erreur, si l'on se contente d'un examen superficiel.

La malade est enceinte de huit mois.

A la faiblesse extrême qu'elle éprouve se joignent d'autres malaises plus ou moins intenses : de la céphalalgie, des éblouissements, des élancements dans les membres inférieurs œdématiés, des formications dans les extrémités digitales, de la dyspnée.

Sa mère, nous dit-elle, est rhumatisante et, d'après les renseignements qu'elle nous donne, nous concluons que la mère est atteinte de rhumatisme noueux.

Partant de cette notion, nous pouvons supposer que notre malade possède la diathèse rhumatismale ; cette hypothèse est confirmée ici par quelques signes superficiels, qui constituent l'habitus extérieur des voués à l'arthritisme ; je veux parler de ces doigts effilés, aux ongles luisants, de ces fossettes qui se dessinent au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes de la face dorsale de la main.

Cependant, l'arthritisme ne s'est pas encore déclaré chez notre malade, et il peut s'écouler longtemps encore avant l'apparition des symptômes initiaux du rhumatisme.

Or, ce n'est point à cette diathèse rhumatismale que nous pouvons attribuer les désordres pour lesquels la patiente réclame nos soins.

C'est ailleurs qu'il faut rechercher la cause directe de ces troubles.

L'urine, examinée, contient une certaine quantité d'albumine, qui dépasse la dose normale de cette substance dans l'urine, sans atteindre toutefois le chiffre énorme que l'on constate chez les vrais albuminuriques.

Cependant, nous savons que chez les brightiques, eux-mêmes, la quantité d'albumine, que l'on rencontre dans l'urine, est fort variable.

Digitized by Google

Aussi l'albuminurie de notre malade, jointe au doigt mort, à l'œdème des membres inférieurs, aux troubles de la vision, peut en imposer et entraîner le diagnostic de mal de Bright.

Voilà pourquoi je vous disais tout à l'heure qu'un examen superficiel peut conduire à un diagnostic erroné.

L'albuminurie, le doigt mort, les troubles nerveux de divers ordres, l'hydropisie, plus ou moins étendue, que notre malade présente, sont des manifestations du brightisme ; mais ces mêmes symptômes ne se rencontrent-ils pas dans d'autres maladies ? Constituent-ils, à eux seuls, un ensemble sur lequel on puisse baser, d'une manière certaine, le diagnostic de brightisme ? Notre malade est-elle brightique ? Nous ne pouvons l'affirmer tant que des données plus précises, plus sérieuses, ne nous y autoriseront.

Un trouble constant, provoqué par la maladie de Bright, est celui de la circulation. Pour constater son existence, c'est à l'organe central de la circulation qu'il faut s'adresser.

Chez notre malade, la percussion et l'auscultation du cœur ne nous ont révélé ni hypertrophie ventriculaire, ni bruit de galop —bruit caractéristique du mal de Bright—ni péricardite, ni endocardite ; presque rien d'anormal, en somme, dans les fonctions du cœur.

Revenant à l'examen de l'urine, nous n'y trouvons aucun des éléments témoignant d'une profonde altération des canalicules et glomérules rénaux : cylindres épithéliaux, fibreux, hyalins, globules du sang, que le microscope décèle dans le dépôt de l'urine brightique.

D'autre part, la malade n'accuse point de douleurs lombaires, et nous savons qu'ordinairement ces douleurs, souvent très violentes, accompagnent les néphrites.

Il me semble que ces considérations suffisent pour nous faire rejeter l'hypothèse d'une néphrite.

A quelle maladie devons-nous donc attribuer les symptômes que présente notre malade ?

Devons nous, pour nous dispenser d'un examen plus sérieux, en accuser la grossesse ?

La mère prendrait déjà la défense de son enfant et nous infligerait un formel démenti, en nous apprenant qu'elle éprouvait ces malaises avant la conception.

Je vous ai dit tout à l'heure que les bruits du cœur étaient *presque* normaux. Je vous dirai maintenant qu'il existe, à la base de cet organe, un souffle léger, au niveau de l'origine des gros vaisseaux ; et, quand j'aurai ajouté qu'au niveau des gros vaisseaux du cou, au-dessus de la clavicule, on perçoit, en appliquant doucement les doigts sur leur trajet, un frémissement manifeste, et qu'à l'auscultation stéthoscopique on entend ce bruit particulier, qui a reçu les noms divers de bruit du diable, bruit de souffle musical, bruit de mouche, bruit de rouet, etc., ces symp-

Digitized by Google

tômes joints aux phénomènes nerveux que nous avons signalés plus haut, à l'amplitude et la mollesse du pouls, à l'existence d'œdème, nous amèneront nécessairement à la conclusion logique que nous nous trouvons en présence d'une chloro-anémique. Le diagnostic sera ainsi justifié et sérieusement établi.

Que si l'on s'étonne de constater à la place de la pâleur caractéristique de la peau, qui est la manifestation extérieure la plus frappante de la chloro-anémie, un embonpoint relatif et des couleurs roses et fraîches, que l'on se souvienne, en même temps, du "chlorosis fortiorum" des anciens, c'est-à-dire de la chloro-anémie chez les personnes vigoureuses, en apparence ; que l'on se souvienne qu'il se passe chez ces personnes, par l'épuisement des nerfs vaso-moteurs, ce que l'on obtient, dans l'expérimentation, par la section des troncs sympathiques, c'est à dire une turgescence de la face due à la vaso-dilatation, plus ou moins permanente, suivant que cet épuisement des nerfs vaso-constricteurs est plus ou moins durable.

Nous avons donc affaire à une chloro-anémique.

Les préparations ferrugineuses sont tout indiquées ; nous prescrivons à la malade le sirop de Rabuteau (proto-chlorure de fer). C'est notre remède habituel pour des cas de cette nature.

De la colite chronique.—M. le Dr Mercier a consacré sa thèse à l'étude d'une affection sur laquelle M. Potain a appelé fréquemment l'attention de ses élèves et qu'il définit ainsi : maladie caractérisée par la rareté des selles à laquelle succède parfois une véritable débâcle, par des selles glaireuses, des douleurs abdominales, de l'empâtement sur le trajet du côlon et l'os iliaque, des troubles gastriques et de la lenteur de la digestion. On peut en admettre deux formes ; l'une est la forme sèche caractérisée par l'apparition dans les selles de mucus concrété sous forme spéciale ou présentant l'aspect de bouchons, de tubes de pseudo-membranes, de lamelles téniforme, etc. La seconde est la forme humide, véritable catarrhe chronique caractérisé par une sécrétion muqueuse exagérée dont l'abondance varie constamment, ces deux formes pouvant d'ailleurs se transformer ou se combiner mutuellement.

La colite sèche a pour cause presque unique la constipation prolongée et opiniâtre. Quant à la colite humide, elle peut être consécutive à cette première forme ou à la dysenterie ; sauf l'aspect particulier des excrétions, les symptômes sont à peu près les mêmes. L'état général se maintient satisfaisant sauf au moment des crises ou lorsque la maladie a déjà duré fort longtemps. On voit cependant se produire assez souvent des phénomènes hypocondriaques, mais les phénomènes locaux ont plus d'importance : en première ligne se trouve la douleur se produisant tantôt d'une façon permanente, tantôt sous forme de crise ; elle

Digitized by Google

siège, surtout dans les premiers temps, au niveau du colon transverse; plus tard, sa localisation est moins précise, son caractère essentiel est d'être sujette à des paroxysmes d'une fréquence et d'une durée très variables. Certaines exacerbations sont régulières et en rapport avec le passage des matières excrémentielles au niveau de la lésion, mais, de plus, il existe des crises ou attaques douloureuses pouvant durer quelques jours et plus. Elles correspondent assez exactement à une inflammation aiguë de la muqueuse intestinale, sous l'influence du froid, d'un écart de régime, d'une débâcle bilieuse; elles peuvent être dues aussi à un exercice fatigant.

La palpation, surtout dans la forme catarrhale, permet de reconnaître la présence de plaques dures et douloureuses au toucher produites par une véritable induration de l'intestin; elles siègent généralement aux angles des colons et au-dessous des creux épigastriques.

C'est l'examen des selles qui donne les renseignements les plus importants. Dans la forme sèche, la constipation alterne avec de véritables débâcles intestinales. Les matières sont tantôt liquides, tantôt dures et comme desséchées et souvent la diarrhée existe sans que l'évacuation soit complète. Il faut ajouter la présence des matières membraneuses, filamenteuses, pouvant ressembler soit à des fragments de tænia, soit à des lombrics, soit à des oxyures. Il peut même arriver que le mucus concrété se pelotonne en boules assez considérables pour causer les phénomènes de l'obstruction intestinale.

Dans la forme catarrhale la sécrétion muqueuse est fortement exagérée, les matières peuvent même devenir sanguinolentes et présentent souvent le caractère si bien désigné par Lasègue sous le nom de crachats intestinaux.

Les selles se répètent plusieurs fois dans la journée et s'accompagnent souvent de coliques angoissantes.

Ainsi constitué, l'affection présente une marche essentiellement chronique; quand, sous la forme sèche, elle est traitée judicieusement dès le début, la guérison peut ne pas se faire attendre trop longtemps, mais la forme humide est presque incurable; sujette à des alternatives d'amélioration et de recrudescence traversées par des crises sans nombre, elle revient constamment à son point de départ.

Au point de vue du traitement, il est remarquable que les purgatifs, quelque légers ou quelque inoffensifs qu'ils soient, sont généralement mal supportés. La constipation sera combattue plutôt par un régime approprié et par le régime alimentaire que par les purgatifs. Le froid sera spécialement évité et les révulsifs souvent employés; souvent aussi une ceinture abdominale élastique soulage beaucoup les malades. Au moment des crises tout aliment doit être supprimé, à l'exception du bouillon, du lait et

Digitized by Google

des œufs. On peut aussi administrer avec avantage l'eau sulfo-carbonée. Enfin l'usage de l'iodure de sodium à l'intérieur est d'une certaire utilité, lorsque la maladie dure depuis longtemps déjà.—*Journal de médecine pratique*

Le traitement de la chlorose.—Clinique de M. le professeur PETER.—J'ai coutume de vous le dire, les chlorotiques sont des "ratées"; le trivial de l'expression rend bien la réalité de la chose: la chlorotique est une "mal bâtie"; cet état, les Grecs l'appelaient très justement *cachexie*, mauvaise disposition de tout l'être.

La chlorotique souffre de tout son être; demandez-lui par exemple, si elle a de l'appétit; elle vous répondra d'abord d'une façon évasive; peu à peu, elle avouera qu'elle aime surtout les crudités, le vinaigre, et qu'elle a du dégoût pour la viande; il y a, du côté de son estomac, des perturbations dont il faut tenir compte et de même dans les autres organes.

Nous sommes loin de cette équation "chlorose *égale* fer," comme de cette autre équation tout aussi fausse "maladie de cœur *égale* digitale," ou mieux "digitaline," pour nous mettre au niveau des idées du jour; sans doute il faut donner le fer dans la chlorose, mais il ne faut pas se contenter de cela; on doit veiller à ce que l'estomac digère, on doit aider le système nerveux à reprendre son fonctionnement normal, on doit chercher à régulariser chacun des organes.

Voyons comment on doit administrer le fer. En général, on en donne trop; l'organisme, en effet, contient en tout quelques grammes de fer, et ce fer n'a pas disparu complètement dans la chlorose; il est donc inutile de donner de fortes doses; il arrivera, même en suivant ce conseil, d'avoir déjà administré, au bout d'un mois, quatre fois plus de fer que n'en contient l'organi me entier. Si l'on prescrit de trop fortes doses, on ne manquera pas, d'ailleurs, de provoquer des crampes stomacales, et le fer ne sera pas toléré.

Quel fer donnera-t-on, et dans quelles proportions? De toutes les préparations ferrugineuses, la limaille de fer est la meilleure, ou bien encore le fer réduit par l'hydrogène; si le médicament est mal toléré sous cette forme, on aura recours aux eaux minérales ferrugineuses; seulement, l'on sera alors dans l'obligation de continuer le traitement pendant plus longtemps.

S'inspirant toujours de l'instinct des chlorotiques, puisqu'elles adorent le vinaigre, on se gardera bien de le proscrire; le vinaigre sollicite la sécrétion du suc gastrique. On ne déconseillera donc pas la salade; la chicorée, la laitue, la romaine, sont des sucs végétaux; on y joindra du sel, du poivre, stimulants de l'estomac, du vinaigre, qui est tout indiqué; ce n'est pas pour une légère quantité d'huile, qui, d'ailleurs, n'est point malfaisante,

Digitized by Google

que l'on devrait se priver de tous ces avantages ; on laissera manger de la salade, et on prescrira de la viande "avec des cornichons tout autour." Ne condamnez pas ces jeunes filles chlorotiques à ne manger que des viandes "noires;" il faut savoir obéir aux instincts presque tutélaires de ces malades; laissez-leur manger du veau, du poulet, et même du jambon, si le jambon leur plaît.

Enfin, et surtout, la gymnastique est indispensable pour les chlorotiques. Quand elles sont faibles, exténuées, arrivées à cette période de nonchalance dans laquelle le moindre effort leur est pénible, on fera tirer les chlorotiques sur des ressorts à boudin, on leur fera faire du massage ; pour les soustraire à l'air confiné de la chambre, on leur recommandera avec avantage le jardinage; c'est un excellent exercice qui les force à remuer la terre, à travailler au grand air, au soleil, etc, ce dont elles tireront grand profit.

Le jardinage est un exercice musculaire bienfaisant, mais il en est un autre encore supérieur, si la position sociale des malades permet de le conseiller, c'est l'équitation. L'équitation est un exercice étonnamment complexe, abstraction faite du plaisir avec lequel les malades l'acceptent en général. Tout le système musculaire entre en jeu. Les muscles du dos, du tronc, se contractent pour maintenir la position verticale ; les bras maintiennent le cheval, les jambes veillent à conserver l'équilibre, la poitrine se dilate sous l'influence de l'air condensé par la locomotion ; tous les muscles, en un mot, entrent en fonctions.

Si l'on est forcé de renoncer à l'équitation, on conseillera aux malades de conduire elles-mêmes, et on leur recommandera le canotage ; ce sont deux exercices excellents.

Dans le traitement de la chlorose, la thérapeutique doit être plus complexe que le fer et elle s'inspirera, d'ailleurs, du simple bon sens ; non pas que je veuille médire des effets du fer ; le fer est indispensable, mais les auxiliaires ne le sont pas moins.

Hygiène pratique.

—La médecine est un art divin et bien souvent un métier de dupes.

—Quand les médecins voudront s'entendre, ils seront les rois du monde.

—L'émulation devrait être la seule forme de concurrence admise entre médecins.

—Après un certain nombre d'années de pratique, chaque médecin se taille dans la thérapeutique un petit domaine dont il ne s'écarte plus à bon escient.

Digitized by Google

CHIRURGIE.

Des angiomes de la langue.—Les angiomes de la langue ou tumeurs *érectiles* sont assez rares et se présentent sous deux formes : la forme de tache sans importance et dont il n'y a pas à s'occuper, et la forme de tumeur pouvant s'accroître et nécessiter une opération. Ce sont des vaisseaux de nouvelle formation qui se développent d'une façon anormale, constituant d'abord une petite difformité et ensuite une maladie opérable et à opérer comme les tumeurs érectiles de la peau. Ces angiomes occupent la base de la langue et parfois la pointe et les bords de cet organe. Ils sont simples, formés de vaisseaux dilatés ou caverneux et lacunaires avec des dilatations irrégulières comme celles d'une éponge, et parfois de petits kystes.—Quelques-uns de ces angiomes disparaissent seuls, ou restent stationnaires, ou s'accroissent, gênent les fonctions de la langue et constituent une maladie grave.

Le traitement à suivre consiste, ainsi que nous l'indique un bon travail de M. le Dr Coutenot, à modifier *la tumeur par des applications locales de sel de nitre.* Ainsi le Dr Tillieux de Courtray (1857), a réussi sur une jeune fille, portant à la partie moyenne de la base de la langue une tumeur érectile, longue de 2 cent. sur une largeur de 1 cent. ½, rouge foncé, non pulsatile, mais cédant à la pression. Des frictions avec le sel de nitre furent pratiquées chaque jour, et trois semaines après, à la place de la tumeur, il ne restait plus qu'un point un peu plus dur que le reste du tissu de la langue.

Avec le *tannin,* car M. Polaillon a rapporté l'exemple de la guérison d'un triple angiome de la langue, traité par les injections de tannin au $\frac{1}{10}$, amenant une escharre à élimination facile. Il est vrai que les bords de la tumeur persistant, les cautérisations au thermocautère ont parfait la guérison.

Avec le *caustique de Vienne* avec les injections coagulantes de *perchlorure de fer*, 10 à 20 gouttes à 25°, avec les *injections de chloral,* etc.; ou bien à *interrompre l'afflux du sang dans la tumeur* par la *compression*, par la *ligature des linguales,* par la *ligature de la tumeur* quand elle est possible, par les *cautérisations ignées au thermo-cautère.*

En voici un exemple dû à M. Polaillon, qui l'a communiqué à M. Coutenot :

Mlle de C.... âgée de dix ans, porte sur le voile du palais à

Digitized by Google

droite, sur le pilier antérieur droit, et sur la partie la plus reculée de la langue et de la gencive, un angiome congénital. Sa production morbide se présente sous la forme d'une tache avec saillies d'un rouge vif. Les parents de la jeune fille s'en inquiètent parce que la tache augmente en étendue et en volume.

Le 6 décembre 1884, M. Polaillon fait une cautérisation ponctuée avec le galvano-cautère.

Le 31 janvier 1885, nouvelle cautérisation ponctuée avec la pointe la plus fine du thermo-cautère. Cette dernière cautérisation produit une hémorrhagie qu'il faut arrêter en comprimant le pilier antérieur du voile du palais avec le doigt qui porte un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer.

Le 28 avril, l'état de la maladie est amélioré. Mais il y a encore des saillies rouges à la surface de la muqueuse. M. Polaillon fait une injection sous la muqueuse avec la seringue de Pravaz remplie de liqueur de Piazza. Quelques gouttes de cette liqueur pénètrent dans les tissus. Mais l'opération est rendue très difficile par la mauvaise volonté et les mouvements de la patiente.

Le 4 mai, Mlle de C... est endormie avec le chloroforme, ce qui permet de faire une cautérisation ponctuée très complète avec la petite pointe du thermo-cautère.

Le résultat de ces cautérisations successives a été incomplet. Au commencement de l'année 1887, la tumeur érectile avait disparu dans le voile du palais, mais elle se présentait encore sous forme de points rouges sur le pilier antérieure et sur la gencive.

Les parents ont désiré attendre avant de faire de nouvelles cautérisations.

Voici un autre cas traité par l'excision et dû à M. Poncet (de Lyon).

Tumeur érectile du bord gauche de la langue chez un petit garçon de quatre ans. Excision avec des ciseaux courbes sur le plat. Guérison ; pas de vices de conformation ; pas d'autres tumeurs semblables.

S. M. s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, le 10 novembre 1886 ; lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit sur le bord droit de la langue, à un centimètre environ de la pointe, une petite tumeur ovoïde, d'une coloration rouge cerise et du volume d'un pois. Elle a fait une saillie notable, se gonfle un peu et bleuit pendant les efforts, tandis qu'elle s'affaisse sous la pression ; elle paraît développée dans le tissu sous-muqueux. Nulle part au voisinage, ou à distance, de dilatation vasculaire.

Le début de l'affection remonterait aux premières semaines de la vie ; d'après la mère, quelques jours après la naissance, lorsque l'enfant criait, on apercevait un point rouge à ce niveau. La tumeur se serait accrue insensiblement ; l'enfant n'en a jamais été incommodé.

Je songeai à employer de petits cautères pour modifier ou dé-

Digitized by Google

truire cet angiome, mais je préférai l'excision avec des ciseaux courbes sur le plat. Ce procédé était, en effet, plus rapide, plus radical; il ne demandait qu'une seule intervention, et en raison du peu d'étendue de la tumeur, de la délimitation facile, de l'absence de toute dilatation vasculaire, il ne paraissait pas devoir donner lieu à une hémorrhagie.

La région fut anesthésiée par un badigeonnage avec une solution de cocaïne; et pour éviter l'écoulement du sang, j'étreignis entre les deux anneaux de la pince de Desmarres la portion de la langue qui supportait la tumeur. D'un coup de ciseaux courbes sur le plat, j'enlevai ainsi aisément et sans douleur cette tumeur érectile.

Léger suintement sanguin, cédant à quelques gorgées d'eau froide.

L'enfant a été revu deux mois après; en dehors d'un léger méplat, on ne trouvait aucune trace de l'opération, la guérison est considérée comme définitive.

Ce dernier cas est un exemple de guérison par le thermo-cautère et due à MM. Ollier et Coutenot.

Mlle Bruneton, âgée de six mois, est adressée à M. Ollier par le Dr Coutenot de Besançon, au commencement de février 1887.

Cette enfant était atteinte d'un angiome de la langue, qui en occupait toute la moitié gauche, d'avant en arrière, en empiétant un peu sur la partie droite, surtout vers la pointe. La tumeur était dépressive, elle remplissait tellement la cavité buccale que l'enfant ne pouvait pas fermer la bouche et que la tumeur sortait constamment au dehors.

Sa respiration était gênée, mais la succion était cependant possible, M. Ollier se décida à intervenir immédiatement à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.

Le 14 février 1887, après avoir attiré le plus possible la langue au dehors, il commença par sectionner la portion saine ou qui paraissait telle avec le couteau tranchant de l'appareil. Pour ne pas avoir d'hémorrhagie, il procéda avec une extrême lenteur; et de fait la tumeur fut parfaitement enlevée sans une goutte de sang.

Un mois après, le 17 mars, M. Ollier ayant cru remarquer quelques points vasculaires le long de la section primitive, résolut de poursuivre ces prolongements à l'aide du cautère pointu de l'appareil. Cette deuxième séance suffit pour détruire les derniers vestiges de l'angiome et l'enfant partit le 1er avril parfaitement guérie.—*Paris médical.*

Des ligatures au catgut.—" Il est possible, dit M. Lucas-Championnière, de faire de la chirurgie antiseptique même sans être bien pourvu, avec des moyens simples." M. Championnière insiste à ce propos sur le mode de préparation du catgut qu'il préfère à la soie pour la ligature des petites et des grosses artères;

Digitized by Google

il accorde même une sécurité plus grande, au point de vue de l'asepsie, à la soie et au catgut préparés par le médecin plutôt qu'aux mêmes substances qu'on rencontre dans le commerce.

La préparation du catgut est d'une extrême facilité : avec des chanterelles ordinaires de violon, on fait une bonne corde un peu forte ; avec des cordes de guitare ou de harpe, on a une provision de cordes fines ; les meilleures cordes sont des cordes françaises que l'on trouve chez les fabricants d'instruments. Pour les rendre aseptiques, on les fait macérer pendant 5 à 6 mois dans le mélange suivant préconisé par Lister :

Acide phénique cristallisé.....	20 gr.
Eau.....	2 gr.
Huile d'olives	100 gr.

On dispose le vase avec des verres ou des cailloux de telle sorte que la petite quantité d'eau qui s'accumule au fond du vase ne baigne pas les cordes. Lorsqu'on veut se servir de ce catgut, on le retire du flacon et on le plonge un ¼ d'heure dans l'eau phéniquée à 1|20.—Le catgut ainsi préparé a des propriétés multiples : il est souple, solide, se résorbe, ne fait pas gangrener les parties qu'il étreint, s'organise et ne subit pas d'éliminations. Autant de qualités qui en rendent l'emploi précieux dans la pratique.

Quant aux médecins qui ne veulent pas abandonner l'ancien fil de soie, M. L. Championnière leur conseille de se défier de toutes les soies préparées par ébullition, par macération phéniquée, par ébullition et cuisson dans divers liquides antiseptiques. Le moyen le plus simple est de conserver la soie dans une solution de sublimé au centième. La soie garde ainsi toujours sa solidité originelle. Elle ne subit même plus ce vieillissement si rapide qui la rend impropre aux usages chirurgicaux lorsqu'on la conserve à l'état sec.—*Concours médical.*

Corps étrangers des voies aériennes.—Le Dr E. J. Moure, communique à la Société de médecine de Bordeaux six cas de corps étrangers, dans lesquels nous relevons une fois l'expulsion spontanée par les voies naturelles, trois fois l'extraction consécutive à l'intervention chirurgicale et deux fois la mort faute d'intervention.

L'éminent spécialiste bordelais fait à ce propos des réflexions cliniques que nous voulons reproduire ici *in extenso*, parce qu'elles brillent par le plus grand bon sens pratique.

Généralement, les commémoratifs fournissent au médecin d'utiles renseignements sur la nature de l'objet introduit dans le conduit aérien, sur le début des accidents et sur leur marche. Ils apprennent que le début a été brusque, subit ; l'enfant jouait avec un objet dans la bouche au moment où il a été pris d'une suffoca-

Digitized by Google

tion violente avec menace d'asphyxie ; ces accès se sont généralement répétés plusieurs fois dans la nuit et dans la journée, variant d'intensité, suivant que le corps étranger était plus ou moins volumineux et mobile. Dans l'intervalle des accès, existe un calme relatif qui, souvent, trompe les parents et parfois le médecin, souvent aussi il existe un point douloureux que les malades rapportent au niveau du larynx, de la trachée ou du sternum, mais son existence n'est pas indispensable. La voix n'est altérée que si le corps siège dans le larynx et dans la région glottique, au niveau des cordes vocales. La toux est rauque mais sonore, quinteuse, convulsive avec suffocation et anxiété respiratoire ; elle est suivie de l'expulsion de mucosités filantes, aérées, sanguinolentes dans plusieurs cas. C'est pendant les efforts de toux et si le corps du délit est mobile dans la trachée que l'on perçoit le fameux bruit de drapeau ou de soupape signalé par les auteurs. Quant au siège des corps étrangers, il sera revélé par l'examen direct ou par l'auscultation. En effet, si le larynx ou la partie supérieure de l'arbre aérien est le siège de l'objet introduit. l'examen laryngoscopique dissipera bien vite tous les doutes en indiquant son siège exact, son volume et le mode d'intervention à employer.

L'examen avec le doigt *devra toujours être repoussé* à cause des fâcheuses conséquences qu'il peut avoir, en faisant pénétrer dans le larynx un corps placé soit sur l'épiglotte, soit dans le vestibule glottique.

La partie supérieure des voies respiratoires étant reconnue libre, il restera à savoir si le corps étranger est resté dans la trachée ou s'il a pénétré dans les bronches. Dans le premier cas, s'il est mobile, le diagnostic est assez facile, tandis que s'il est fixe, il devient plus délicat et, sauf les cas où la laryngoscopie permettra de le voir, fait assez fréquent du reste, c'est surtout sur les commémoratifs qu'il faudra se guider pour établir nettement sa présence.

Si le corps est fixé dans les bronches, ce sera l'absence ou la diminution du murmure vésiculaire du côté correspondant, l'existence des lésions bronchiques ou de pneumonie caséeuse, localisées en un point ou d'un seul côté du thorax, le plus souvent à droite, qui mettront sur la voie du diagnostic. Ce dernier ne deviendra évident que si l'on a la chance de déplacer le corps étranger et de reproduire quelques accès de suffocation ; mais, dans certains cas, il sera difficile à établir et il existe dans la science bon nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'autopsie

Au moment de l'introduction du corps étranger, l'on a conseillé les sternutatoires et surtout les vomitifs, qui, de l'avis de tous les chirurgiens, offrent plus d'inconvénients que d'avantages, en favorisant souvent ou la pénétration plus profonde de l'objet dans les voies aériennes, ou son enclavement dans le larynx, ou sa mobilisation et une suffocation mortelle dans certains cas. Plus admis-

Digitized by Google

sible et plus logique nous semble le traitement qui consiste à utiliser les lois de la pesanteur et à mettre le malade la tête en bas, soit en plaçant le sujet le ventre sur une chaise et en lui imprimant des secousses dans le dos, soit en le suspendant par les pieds lorsqu'il s'agit d'enfants.

Si ces moyens ont échoué, fait le plus habituel, il faudra recourir à l'extraction, et ici les moyens d'action seront absolument variables, suivant la nature de l'objet introduit et la profondeur à laquelle il sera situé. Si le corps est placé à l'orifice du larynx, dans la région vestibulaire, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, à la condition d'avoir un sujet calme, tranquille, se prêtant bien aux manœvres laryngoscopiques. A moins qu'il ne s'agisse de jeunes enfants, ce procédé donnera toujours des résultats favorables dans la série des cas auxquels je fais allusion et l'on peut aujourd'hui compter par centaines les corps étrangers enlevés par la bouche, grâce à la laryngoscopie. Quant aux manœuvres faites *à l'aveugle* avec les pinces, seules ou guidées sur l'indicateur de la main gauche, et, à plus forte raison, les essais d'extraction faits avec les doigts, on doit les repousser, non seulement comme inutiles, mais surtout comme dangereux. C'est, en effet, un moyen sûr de provoquer des réflexes qui ont le grave inconvénient de gêner l'intervention et de faire alors passer dans le conduit aérien un objet placé à l'entrée du larynx. Les exemples de ce genre sont malheureusement trop nombreux dans la science pour qu'il soit utile d'insister sur le danger de ces manœuvres. L'on cite comme heureux les quelques cas où l'on a pu réussir, mais on oublie trop souvent de publier les insuccès, qui, plus que les opérations heureuses, frappent l'esprit et contiennent un enseignement.

Les contractions réflexes des muscles du larynx, qui arrêtent en général le corps étranger dans cet organe, ou souvent même le repoussent au dehors, me paraissent un facteur important pour faciliter leur expulsion.

Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, l'on ne devra pas se priver des bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne, mais l'on se bornera à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui me paraissent jouer ici un rôle très important.

Si le corps étranger a pénétré plus avant dans l'organe vocal et s'il est enclavé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales, le mode d'extraction pourra varier presque avec chaque corps étranger. Si ce dernier est aplati, lisse, difficile à prendre, et si l'opérateur n'est pas absolument sûr de sa main, s'il craint de faire des manœuvres inutiles avant de saisir le corps du

Digitized by Google

délit, il ne devra pas hésiter à pratiquer la trachéotomie, avant de chercher à l'extraire. Il évitera ainsi toute fausse manœuvre dont la conséquence pourrait être l'asphyxie brusque du malade. Une fois la trachée ouverte et la canule de Tredelenburg placée dans la trachée, on pourra alors sans crainte et après anesthésie complète de la muqueuse laryngée avec la cocaïne tenter l'extirpation par la bouche qui sera, disons-le, possible le plus souvent. Toutefois si, malgré des tentatives réitérées, le corps étranger ne pouvait être déplacé (pièces de monnaie, aiguilles, corps acérés) et enlevé par cette voie, on serait alors autorisé soit à ouvrir le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, ou à tenter l'extraction par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Enfin, dans les cas où le corps est au-dessous du larynx, dans la trachée ou dans les bronches, l'indication est beaucoup plus nette. En effet, bien que l'on ait pu enlever par les voies naturelles des corps étrangers de la trachée, je crois qu'il faut considérer ces faits comme exceptionnels et repousser en principe ce mode d'action comme beaucoup trop hasardeux en pareil cas. Seul, le traitement qui s'impose, est l'ouverture de l'arbre aérien, au-dessous du cricoïde, autrement dit la trachéotomie. Comme le point capital, dans cet ordre de faits, est d'avoir un champ opératoire aussi large et aussi net que possible, je crois que le meilleur moyen de procéder est d'aller lentement, en faisant à la peau et, par conséquent, aux tissus prétrachéaux une longue incision qui mettra à nu la trachée sur une longueur d'au moins deux centimètres et demi à trois centimètres, suivant les dimensions du corps étranger. Si l'on n'a pas suivi le raphé médian et si l'on a, par conséquent, été obligé de sectionner quelques vaisseaux un peu importants, il ne faudra pas hésiter à les lier, de manière que l'hémostase soit bien complète avant de faire l'ouverture de la trachée. Le sang qui vient de cette dernière est suffisant pour gêner l'opérateur et l'intervention assez difficile, pour que l'on songe à éviter autant que possible les moindres complications. Aussitôt la trachée ouverte, au lieu de placer dans l'ouverture le dilatateur ordinaire dont les branches sont épaisses et font saillie dans la lumière du conduit trachéal, il est préférable, à la manière des Anglais et des Américains, de mettre de chaque côté deux crochets mousses, deux sortes d'épingles à cheveux coudées à leur extrémité mousse, qui peuvent au besoin être attachées derrière le cou du patient, tenant écartées les lèvres de la plaie trachéale. Il est rare que pendant cette manœuvre le corps étranger ne soit pas projeté au dehors par la toux quinteuse qui suit l'ouverture des voies aériennes et, dans tous les cas, on le voit en général venir, comme chez ma dernière malade, se présenter à l'orifice de la plaie, où il faut le saisir rapidement avant qu'un mouvement d'inspiration ne le ramène au dedans. Quelquefois, si le corps étranger est fixe, c'est avec une pince ou un crochet mousse qu'il faut essayer de le déloger de l'une ou l'autre bronche.

Digitized by Google

L'opération terminée, je crois plus prudent de placer une canule pendant vingt-quatre ou quarante huit heures, afin d'éviter l'emphysème qui, dans quelques cas, a suivi l'opération Je n'insisterai pas d'avantage sur les suites de la trachéotomie qui n'offrent ici rien de spécial, mais j'ajouterai que cette opération peut et doit, même dans la généralité des cas, être faite sous le chloroforme, en ayant soin de n'ouvrir la trachée qu'au moment où la sensibilité commence à reparaître, afin d'avoir les réflexes trachéaux avec toute leur intensité habituelle.

Si le corps étranger n'est pas expulsé ou extrait pendant l'opération, on doit laisser ouverte la plaie trachéale qui pourra, dans un laps de temps variable, favoriser sa sortie. Au besoin, enlevant de temps à autre la canule, on provoquerait quelques quintes de toux et on utiliserait les lois de la pesanteur pour tâcher de mobiliser et de déloger le corps du délit.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'en présence d'un corps étranger des voies aériennes, l'intervention doit être aussi hâtive que possible, car non seulement il constitue un danger de tous les instants pour la vie du malade, mais au début il n'a pas encore produit de complications graves, qui rendent plus tard l'intervention inutile et il est, en outre, plus sûrement mobile et par conséquent plus facile à extraire.—*Revue de thérapeutique.*

Traitement de l'ozène, par le Dr J. Baratoux.—1o. Pour débarrasser les fosses nasales des croûtes qu'elles renferment on fait, matin et soir une première irrigation nasale avec un demi-litre d'eau tiède dans laquelle on fait dissoudre une ou deux cuillerées à café de la poudre suivante :

Bicarbonate de soude	50 grammes.
Borate de soude	30 "
Chlorate de potasse.....	20 "

F. s. a.—Il faut avoir soin de tenir horizontalement la canule de la seringue anglaise, en penchant légèrement la tête en avant et en prononçant *on*, sans reprendre haleine pendant que l'on presse l'injecteur.

2o. Puis on fait une deuxième injection avec le mélange des deux solutions suivantes que l'on prépare séparément :

a) Dans un premier verre rempli d'eau chaude, on met une cuillerée à café de poudre d'acide borique.

b) Dans un deuxième verre contenant de l'eau tiède, on verse une cuillerée à potage de la solution :

Naphtol *a* ou *b*.....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	10 "
Eau bouillante.....	1 litre.

Digitized by Google

3o. Se gargariser avec la valeur d'un verre à madère de la solution suivante :

Borate de soude	10	grammes.
Glycérine.....	30	"
Eau distillée.....	250	"
Eau de menthe.....	30	"

Il faut avoir soin de renverser la tête en arrière et faire quelques mouvements de déglutition, puis de porter la tête en avant, en faisant un effort d'expulsion, la bouche étant fermée pour permettre au liquide de sortir par les fosses nasales.

4o. Bien nettoyer le pharynx et les fosses nasales avec une tige garnie de coton.

5o. Badigeonner consécutivement toutes les parties avec une tige garnie d'ouate trempée dans la solution suivante :

Napthol *b* pulvérisé.....	5	grammes.
Camphre en poudre.....	10	"

Triturez jusqu'à liquéfaction et ajoutez :

Pétro-vaseline..... 10 à 50 grammes.

F. s. a. sol — Tous les huit ou quinze jours alterner avec la solution suivante :

A. crésylique.....	1	gramme.
Glycérine	50	"

F. s. a.—Nous rejetons l'emploi de la créoline et du crésyl (en injections ou pulvérisations.)—*Revue de thérapeutique.*

L'acide borique dans l'urine. Son emploi dans la cystite, par le Dr. MARSH.—L'auteur cite un cas dans lequel il a trouvé de l'acide borique cristallisé dans l'urine d'un malade ayant ingéré 20 grammes d'acide borique quatre fois par jour, pendant trois jours. L'urine avait été abandonnée au repos vingt-quatre heures. Le dépôt montrait de nombreux et volumineux cristaux, de formes les plus diverses. Ce dépôt, évaporé à siccité et additionné d'alcool, présentait la flamme verte caractéristique de l'acide borique. Le malade souffrant d'une cystite fut soulagé par ce traitement, qui ne produisit aucun désordre dans les organes digestifs. L'urine conservée dans une bouteille non bouchée, pendant trois semaines, ne laissait voir aucun organisme, et ne présentait pas d'odeur désagréable.—*Illustrated Medical News.*

Digitized by Google

OBSTÉTRIQUE & GYNÉCOLOGIE.

Traitement des hémorrhagies post partum par la compression intra-utérine de l'aorte.—Le Dr Séjournet (de Revin) préconise ce procédé pour parer aux dangers redoutables de l'hémorrhagie *post-partum.* Il rappelle d'abord les différents procédés employés dans le même but et dont voici le résumé:

I. Procédés hémostatiques internes (administration de l'ergot de seigle pulvérisé, injections sous-cutanées d'ergotine, vinaigre (Gugg), térébenthine à la dose d'une demi-once émulsionnée avec un œuf (Pollard) (etc.)

II. Procédés hémostatiques externes qui sont: *a*) *extra-utérins* (lotions et affusions froides, révulsifs, inversion du corps, compression ventrale par bandages (Deneux), compression du globe utérin avec la main (Saussier), compression abdominale de l'aorte (Baudelocque), galvanisme, etc. Quelques manœvres tells que la ligature faite à la racine des membres, les injections hypodermiques d'éther, la transfusion, n'ont pas tant pour but d'arrêter l'hémorrhagie que de stimuler la femme défaillante et menacée de syncope); *b*) *intra-utérins* (glace ou éponges imprégnées d'eau glacée introduites dans l'intérieur de la matrice, jus de citron (Ory), éponge mouillée d'eau-de-vie (Ricketts), injections intra-utérines de teintures d'iode ($\frac{1}{2}$), de perchlorure de fer ($\frac{1}{4}$), injections d'eau chaude à la température de 40° ou 50°, tamponnement vaginal, soit avec le tampon de charpie, soit avec le double ballon de caoutchouc de Chassagny, etc.)

Voici maintenant en quoi consiste la *compression intra-utérine de l'aorte,* recommandée par M. Séjournet: quand on se trouve devant une hémorrhagie soudaine, abondante ou même foudroyante, en même temps qu'on fait administrer de la poudre d'ergot fraîchement préparée, on engage rapidement la main, après l'avoir soigneusement lavée et désinfectée au sublimé (solution à 1 p. 2000), dans la cavité utérine; on cherche l'aorte dont les battements sont faciles à rencontrer et aussitôt on la comprime avec les doigts sur la colonne vertébrale; immédiatement le sang s'arrête. On laisse là la main le plus longtemps possible jusqu'à ce que la fatigue force à la retirer, soit au bout de dix, quinze ou vingt minutes. Quand on est à bout de forces, on fait comprimer par un aide l'aorte à travers la paroi abdominale: si le sang ne reparaît pas, on s'abstient de réintroduire la main dans l'utérus, on continue seulement la compression extra-utérine, si la

Digitized by Google

compression par l'abdomen est difficile en raison de la résistance des parois du ventre, si l'opérateur est fatigué, il prie l'aide (le plus souvent une sage-femme) d'introduire à son tour la main dans la matrice et d'y exercer la compression intra-utérine de l'aorte. " Notre procédé ajoute le Dr Séjournet, nous a toujours parfaitement réussi dans les cas les plus graves et n'a jamais entraîné d'accidents imputables à son application. Du reste nous avons soin de prévenir les suites fâcheuses qui pourraient en résulter par l'usage d'injections anti-septiques dans le vagin et l'utérus lui-même."

Nous admettons parfaitement que cette méthode " énergique, rapide, sûre et à la portée de tous " donne d'excellents résultats *immédiats* au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie ; toutefois, nous ferons quelques réserves sur son utilité et sur son innocuité, même, surtout après avoir lu attentivement les *cinq* observations de notre confrère. Ce qui nous semble dangereux dans cette méthode, c'est d'introduire dans l'utérus, en contact direct avec la surface interne de l'utérus, une main qui peut ne pas être très bien stérilisée, puisque M. Séjournet recommande l'emploi de sa méthode dans les cas où il y a urgence très grande, où l'on est mal outillé, lorsque les conditions matérielles ne permettent que difficilement l'usage des injections très chaudes. Or ce séjour prolongé dans la cavité utérine d'une main qui peut être septique nous paraît plein de dangers.

C'est pourquoi il nous semble que, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave *post-partum*, lorsqu'on ne peut songer à l'emploi des injections chaudes, qui sont si efficaces, il faut recourir à la compression de l'aorte par l'abdomen ; ce procédé, beaucoup plus simple, qui est généralement facile à employer, suffit souvent à arrêter l'hémorrhagie et ne fait en tout cas courir à la femme aucun danger du fait de l'intervention. Si, pour une raison quelconque (bien rare à la vérité), on ne peut comprimer l'aorte à travers la paroi abdominale, le procédé du Dr Séjournet peut rendre des services ; mais ce ne sera que dans des cas tout à fait exceptionnels.—*Concours médical.*

Tumeurs vasculaires polypoides du méat urinaire chez la femme.—Parmi les différentes variétés de tumeurs de l'urèthre, chez la femme, une des plus fréquentes est constituée par les polypes du méat : c'est à leur étude que notre confrère le Dr A. Jondeau consacre sa thèse inaugurale. En se basant sur l'examen histologique, il leur donne le nom de tumeurs vasculaires polypoïdes.—Ces tumeurs sont assez fréquentes et se rencontrent à tous les âges de la vie ; cependant, leur maximum de fréquence a lieu à l'âge de la plus grande activité génitale de la femme, c'est-à-dire à une époque où la femme est exposée à de fréquentes congestions des organes du petit bassin, à des phénomènes in-

Digitized by Google

flammatoires nombreux et à des troubles souvent répétés dans la circulation de cette région. Parmi les causes de congestion uréthrale les plus fréquentes, il faut citer la rétention d'urine, les troubles de la menstruation, la ménopause, les excès de coït, la grossesse, les tumeurs utérines et ovariennes, l'antéversion utérine et la métrite ; à ces causes qui favorisent le développement des polypes par la stase sanguine qu'elles provoquent, il faut ajouter la blennorrhagie, la tuberculisation des voies urinaires, la syphilis (Velpeau), le nervosisme (Bouloumié.)

Ces tumeurs vasculaires siégent le plus souvent et presque constamment à l'orifice du méat ou à quelques millimètres en arrière ; elles sont généralement très faciles à voir. Elles s'implantent communément sur le paroi inférieure de l'urèthre, jamais sur le paroi supérieure. Au début, ces tumeurs sont sessiles, mais, lorsqu'elles ont atteint un certain développement, leur base d'implantation est toujours très large et le pédicule fort court. Elles sont de volume très variable. Elles donnent lieu à des symptômes multiples, tels que troubles urinaires, douleurs, démangeaisons, cuissons, irritations, hémorrhagies, etc. Bien que ces tumeurs soient bénignes, elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément et se produisent même avec une grande facilité ; aussi doivent-elles être traitées avec soin, d'autant plus que les accidents qu'elles déterminent sont parfois très pénibles.

Les moyens médicaux ne peuvent qu'apporter quelque soulagement, mais sont insuffisants pour amener une guérison définitive.

Lorsque la tumeur est tout à fait extérieure, on peut tenter d'obtenir la dessiccation de la tumeur avec des application d'eau blanche (Caudmont), d'un mélange de sabine et de sulfate d'alumine à parties égales (Garru), etc.—Si la tumeur est petite, beaucoup de chirurgiens se contentent d'employer la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge.—La ligature donne très souvent des résultats incomplets.

Le galvano-cautère peut rendre des services. L'excision est certainement la meilleure opération ; elle peut se faire avec le bistouri, les ciseaux ou une curette tranchante. Dans certains cas où le méat est très étroit, ou lorsque le point d'implantation est situé profondément dans l'intérieur de l'urèthre, il faut pratiquer la dilatation ou l'incision de l'urèthre.

Comme ces tumeurs récidivent fréquemment, il est bon de compléter l'opération par une cautérisation au nitrate d'argent ou même au fer rouge.—On prévient l'hémorrhagie et le rétrécissement de l'urèthre, en plaçant une sonde à demeure pendant un certain temps et en pratiquant le tamponnement du vagin pendant quelques heures après l'opération.—*Concours médical.*

Digitized by Google

PÆDIATRIE

Traitement de la bronchite capillaire.—Adénopathie bronchique avec cyanose.—Clinique de M. le Dr Jules SIMON, à l'hôpital des Enfants-Malades.—La bronchite capillaire chez les enfants a une telle intensité et une telle rapidité dans son évolution que le médecin qui n'est pas préparé à la traiter d'une manière méthodique court le risque de subir en pareil cas un véritable affolement que l'état de l'entourage du malade suffirait à provoquer. Aussi M. Jules Simon revient souvent sur ce traitement en faisant remarquer tout d'abord que bien des bronchites capillaires seraient facilement évitées avec quelques précautions élémentaires. En effet, la plupart de ces affections sont contractées par de petits enfants que l'on expose à l'air et aux refroidissements alors qu'ils sont déjà atteints d'un coryza ou d'une grippe légère. Il en est de même de la coqueluche qui n'est jamais grave lorsque les malades sont gardés à la chambre avec certaines précautions. La rougeole nécessite des recommandations plus précises encore, recommandations qui peuvent paraître banales, mais qui ne le sont pas en réalité lorsqu'on voit le nombre considérable d'enfants dont la mort est due incontestablement à des imprudences de ce genre.

Lorsque la broncho-pneumonie est au début, l'enfant doit être mis au lit, les jambes entourées d'ouate qui sera changée matin et soir. Un large cataplasme sinapisé est placé en avant et en arrière de la poitrine, et on administre la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.....	0,50 centigrammes.
Alcoolature de racine d'aconit.....	15 gouttes.
Sirop de codéine.....	10 à 15 grammes.

A un ou deux ans, 5 grammes de sirop de codéine sont suffisants. Cette potion doit être donnée par cuillerées à café d'heure en heure, et ces doses sont espacées si le calme survient.

Si la congestion pulmonaire est intense, l'enfant est plongé dans un bain tiède sinapisé où il reste quatre à cinq minutes. Quant aux vomitifs, leur emploi n'est indiqué que tout à fait au début et lorsqu'il existait antérieurement de la bronchite ; mais il ne faut pas en continuer l'usage, bien qu'on en soit presque toujours très vivement sollicité.

A une période un peu plus avancée l'emploi des révulsifs et spé-

Digitized by Google

cialement du vésicatoire devient nécessaire. Le vésicatoire, dont on a dit bien du mal, souvent avec beaucoup de raison, peut cependant être utilisé sans danger lorsqu'on l'applique avec les précautions nécessaires. On doit recommander de ne pas le laisser en place plus de trois heures ou même deux chez des enfants à la mamelle et de le remplacer par un cataplasme : il faut surtout insister pour qu'il soit enlevé à ce moment, alors même qu'il ne paraît pas avoir pris. Un pansement à la vaseline et à l'ouate permet de les guérir très rapidement. En outre, ces vésicatoires doivent être extrêmement petits pour pouvoir être renouvelés facilement : on peut en appliquer ainsi de nouveaux chaque fois qu'il y a de l'anxiété respiratoire et on arrive ainsi à diminuer ce symptôme si pénible. Il est bon, en outre, de rendre l'air humide par des vaporisations d'eau chaude. Pour éviter les congestions passives, l'enfant doit être fréquemment assis ou tenu sur les bras.

L'état des voies digestives doit être soigneusement surveillé, les laxatifs, souvent employés, des lavements prescrits chaque jour. Enfin des frictions stimulantes doivent être fréquemment faites pour exciter les fonctions de la peau.

Il y a là une série de petits moyens qui pris en particulier n'auraient pas d'importance, mais dont l'ensemble, s'ils sont employés méticuleusement, donne des résultats réels.

Le système nerveux est presque toujours plus ou moins atteint chez ces enfants ; ils sont presque toujours déprimés et l'emploi du café et de l'alcool est ici nécessaire. Avant un an l'enfant peut prendre 20 grammes d'eau-de-vie par jour ; plus tard, il peut en prendre 40 ou 50 grammes.

S'il y a une excitation trop vive, on peut la calmer avec un lavement contenant pour 60 grammes d'eau, 0,50 centigrammes de chloral et 20 gouttes de teinture de musc. Enfin, il est bon d'administrer quotidiennement de petites doses de sulfate de quinine qu'on peut quelquefois faire accepter dans du café. Si on ne peut y arriver ainsi, on fait faire des pilules de un centigramme dont on peut donner une quinzaine dans de la confiture. On peut faire prendre encore une cuillerée à dessert d'un mélange à parties égales de glycérine et de sirop tartrique auquel on a ajouté 0,15 centigrammes de sulfate de quinine avec un peu d'eau de Rabel. Il faut ajouter qu'à ce moment les médicaments tels que le kermès, l'ipéca, l'oxide blanc d'antimoine, le tartre stibié doivent être absolument proscrits.

Dans ces conditions, on voit souvent se produire la suppression des fonctions du rein, et la dyspnée est en rapport avec l'anurie. On peut intervenir alors avec la digitale : 0,15 centigrammes de poudre en infusion en trois tasses pour un enfant de un an, 0,25 centigrammes pour un enfant de six à sept ans, suffisent souvent pour ramener la diurèse et une détente notable dans les accidents.

Digitized by Google

Ce médicament ne doit pas être donné plus de trois ou quatre jours de suite.

Tous ces moyens doivent varier suivant les circonstances, mais en tous cas ils doivent être prolongés pendant fort longtemps, car cette affection est presque toujours à grandes oscillations et dure au moins trois à quatre semaines. Mais ce n'est là que le traitement de l'état aigu et l'emphysème, les adénopathies, troubles cardiaques et digestifs qui sont la conséquence de la maladie exigent des soins variés et prolongés.

—M. Simon a pu montrer dans une de ses conférences une malade chez laquelle cette adénopathie avait revêtu un aspect clinique très particulier. Il s'agissait d'une jeune fille de douze à treize ans chez laquelle dans le cours d'une bronchite s'était produite une bouffissure de la face avec une teinte bleuâtre des téguments, telle que l'aspect était absolument celui de la cyanose due à une communication anormale des deux cœurs. Cependant, en interrogeant la malade, on constatait qu'elle avait eu une coqueluche grave vers l'âge de 5 ans, et que depuis cette époque, la toux se reproduisait tous les hivers avec une persistance excessive. C'est à la suite d'une de ces bronchites annuelles que la coloration bleue s'est produite. L'affection n'était donc pas congénitale comme on aurait pu le croire au premier abord.

Lorsqu'on examinait le cœur on le trouvait un peu volumineux, mais régulier et sans bruit de souffle. Bien que certaines affections cardiaques se montrent d'une façon latente, il était impossible ici de penser à une affection de ce genre; car une pareille cyanose ne pourrait être produite que par une maladie de cœur arrivée à sa dernière période et encore chez les enfants; les troubles circulatoires de ce genre, même dans ces conditions, sont-ils des plus rares. On pouvait expliquer ici le gros volume du cœur et parce qu'il avait été forcé et dilaté au moment de la coqueluche et aussi parce qu'il restait du fait de cette maladie un emphysème assez notable. Mais ce trouble de la circulation veineuse avait évidemment sa cause dans l'état des ganglions bronchiques. On trouvait, en effet, par l'auscultation en arrière de l'angle de l'omoplate, un bruit de souffle caractéristique aux deux temps de la respiration, sans râle dans le voisinage et tout à fait caractéristique de l'adénopathie bronchique. Il y avait certainement là une tuméfaction des ganglions bronchiques déterminant la compression du système veineux supérieur.

Les cas de ce genre ne se sont pas rares après la coqueluche et on voit alors pendant les hivers qui suivent l'année où l'enfant a été malade, se produire constamment de nouvelles bronchites avec toux quinteuse et phénomènes de compression intra pneumonaire s'expliquant par la congestion des ganglions qui accompagne ces bronchites; mais il est tout à fait exceptionnel de voir les troubles circulatoires revêtir un aspect tel que le diagnostic

Digitized by Google

de la cyanose vraie puisse être discuté. Aussi ce cas est-il intéressant, car le diagnostic de cyanose présente quelquefois de grandes difficultés.

Malgré l'apparente gravité des accidents, ces adénopathies peuvent guérir assez facilement, à condition que le traitement soit assez prolongé. Les cures thermales, particulièrement celles du Mont-Dore, ont ici une action très efficace. A leur défaut il faut employer l'iode à l'extérieur et les révulsifs constamment renouvelés à l'extérieur.—*Abeille médicale.*

Sur la fièvre ganglionnaire.—La *Revue des maladies de l'Enfance* donne, d'après le Dr PFEIFFER, la description d'une affection non classée et qui se manifeste pourtant par des symptômes assez caractéristiques.

Un enfant âgé de 5, 6 ou 8 ans, est pris subitement et sans aucune cause appréciable, vers le soir ou dans la nuit, d'une fièvre vive accompagnée d'une fatigue générale ou d'une vive agitation ; la perte de l'appétit est constante, parfois il existe aussi des vomissements.

La température atteint généralement 39° ou 40° C. Tous les organes sont normaux, on constate seulement au niveau du cou, une sensibilité plus grande pendant les mouvements exécutés par la tête et aussi pendant la déglutition. En examinant le cou de plus près, on est tout étonné de trouver que sur tout son pourtour, mais particulièrement au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et à la nuque, un nombre plus ou moins considérable de ganglions lymphatiques sont considérablement tuméfiés et douloureux.

Dès le lendemain, dans la plupart des cas, la fièvre a disparu et il ne reste plus qu'une tuméfaction plus ou moins douloureuse d'un certain nombre de ganglions cervicaux ; pendant plusieurs jours, l'enfant tient la tête quelque peu raide ou se plaint d'une légère douleur pendant la déglutition.

Telle est la symptomatologie et la marche d'une affection non encore décrite que l'auteur désigne sous le nom de fièvre ganglionnaire.

A côté de ces véritables fébricules, il existe encore toute une série de cas où la maladie, par suite de poussées excessives, présente une durée de 8 à 10 jours.

La température au lieu de s'abaisser dès le second jour, conserve son intensité, la tuméfaction ganglionnaire débute par l'un des côtés du cou, gagne ensuite le côté opposé et finalement la nuque ; la muqueuse bucco-pharyngienne prend une coloration plus vive, les mouvements de déglutition sont douloureux et il peut survenir une légère toux d'irritation. Vers le 3ème ou le 4ème jour, le foie et la rate subissent une augmentation de volume très appréciable et, dans la plupart des cas, on constate une douleur

Digitized by Google

marquée sur la partie médiane du bas-ventre entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Les poumons ainsi que les organes digestifs ne présentent rien d'anormale; on ne trouve jamais aucune éruption cutanée.

Les seuls ganglions envahis par le processus pathologique sont ceux du cou et particulièrement ceux de la nuque: les ganglions axillaires ou inguinaux n'ont jamais été trouvés tuméfiés. Mais les accès de toux peu intenses, la douleur entre l'ombilic et la symphise, indiquent peut-être que les ganglions rétro-pharyngiens, rétro-tracheaux, et mesentériques, peuvent aussi devenir le siège d'une tuméfaction.

Suivant l'auteur, il s'agit dans ces cas, d'une maladie *sui generis*, infectieuse et épidémique; mais la forme épidémique ne dépasse pas une maison ou une famille.

On ne saurait confondre cette fièvre ganglionnaire avec la fièvre typhoïde fruste, encore moins avec la diphtérie sans fausses membranes ou les formes abortives de la scarlatine, de la rougeole ou de la variole.

A côté de cette fièvre ganglionnaire à évolution rapide, l'auteur décrit une autre forme de maladie, moins aiguë que celle-ci et qui peut encore être dénommée fièvre ganglionnaire. Mais ici, au lieu des ganglions cervicaux, ce sont tous les organes ganglionnaires abdominaux qui présentent la tuméfaction douloureuse caractéristique. La seule relation qui ait été trouvée jusqu'ici entre cette forme de maladie et le processus précédemment décrit consiste en ce fait que dans les deux cas, le foie et la rate participent aux troubles des ganglions lymphatiques. Dans la fièvre ganglionnaire à localisation abdominale les enfants présentent en outre la fièvre assez vive, une diarrhée rebelle, très abondante qui amène un amaigrissement rapide. A la palpation de l'abdomen on trouve les ganglions mésentériques nettement tuméfiés, le foie et la rate notablement hypertrophiés; sous l'influence d'une médication appropriée (calomel, compresses froides de Preissnitz, régime tonique), la guérison est obtenue au bout de plusieurs semaines. Suivant l'auteur, il s'agit dans ces cas d'une maladie spécifique qui ne doit pas être confondue avec le catarrhe simple de l'intestin, ni avec la fièvre typhoïde ou la phtisie mésentérique.—*Journal de médécine pratique.*

Manifestations morbides du surmenage physique.—D'assez nombreux travaux ont été faits sur cette question depuis quelques années. M. le Dr A. Dufour étudie plus particulièrement, dans un récent travail, le surmenage musculaire et l'auto-intoxication qui en est la conséquence.

Selon lui, les manifestations morbides du surmenage physique se présentent sous trois formes principales :

1° Une forme asphyxique où les troubles de l'hématose et l'em-

Digitized by Google

poisonnement par l'acide carbonique sont les symptômes principaux ; cette forme comprend : l'essoufflement ; certains faits de prétendus coups de chaleur ; des accidents attribués au froid ; et le surmenage aigu.

2° Une forme typhoïde qui comprend d'une part, des manifestations typhoïdes sans localisation comme myocardite, phlébite, gangrène, hépatisation pulmonaire, myosite, etc.

3° Enfin, une forme rhumatoïde comprenant surtout des pseudo-rhumatismes et certains érythèmes polymorphes.

Tous ces accidents, quels qu'ils soient, ont certainement pour origine l'accumulation dans l'organisme de substances diverses (produits azotés, matières extractives, leucomaïnes) qui peuvent être éliminés et qui sont le résultat de l'exercice musculaire exagéré ; toutefois, on n'est pas fixé sur la nature intime de cette auto-intoxication.

Parmi les manifestations de la première forme, la forme asphyxique, l'essoufflement peut, dans certains cas, aller jusqu'à la mort. M. Lagrange, qui a si bien étudié toutes ces questions dans son livre sur les exercices physiques, donne la description suivante de cet état. Lorsque l'exercice qui produit l'essoufflement continue, à la gêne respiratoire succède un sentiment d'angoisse généralisé à tout l'organisme ; la tête paraît serrée dans un cercle de fer ; bientôt surviennent des vertiges. Les sensations de toute espèce sont de plus en plus vagues ; le cerveau est envahi par une sorte d'ivresse. Le sujet commence à n'avoir plus conscience de ce qui se passe autour de lui ; les muscles continuent à fonctionner encore par mouvement machinal, puis ils finissent par devenir incapables de tout mouvement et l'homme tombe évanoui. Les deux temps de la respiration deviennent saccadés, entrecoupés d'arrêt ; le pouls devient intermittent, à peine perceptible ; une syncope survient qui peut être mortelle.

Les accidents qu'on décrit généralement sous le nom de coup de chaleur ne sont autre chose, la plupart du temps, qu'une des formes du surmenage, car ils peuvent survenir alors même que la température n'est pas très élevée. Ainsi que l'a remarqué aussi M. Lagrange, l'homme qui succombe pendant une marche forcée au grand soleil n'est pas tué par le soleil, mais par la marche forcée, il ne meurt pas d'insolation, mais du surmenage ; par conséquent, s'il n'est pas surmené, le soleil à lui seul ne peut le tuer. Le soleil n'est pas une cause essentielle de l'accident, il n'en est qu'une condition accessoire. Des coups de chaleur, dus à la chaleur seule peuvent exister, mais dans nos climats, ces accidents sont excessivement rares.

D'autres fois on a attribué aux froids des accidents qui étaient dus évidemment au surmenage ; c'est ce qui s'est passé dans cette marche de douze heures en Algérie par un temps de pluie froide où 19 hommes sur 750 succombèrent.

Digitized by Google

Enfin à cette forme se rattache le surmenage aigu, très rare chez l'homme, qu'on peut observer chez des coureurs et dont la mort des animaux forcés à la chasse est un exemple.

La forme typhoïde comprend surtout la fièvre de surmenage qui a été bien décrite par M. Rendon, mais il peut se produire aussi des localisations assez nombreuses. M. Dufour cite d'abord les lésions cardiaques et en particulier la myocardite, qui est admise maintenant par presque tous les auteurs comme conséquence possible du surmenage. Celui-ci paraît amener une fatigue du muscle cardiaque, une myocardite, comme il produit des myosites d'autres muscles ; cette myocardite au début semble curable, mais si la cause persiste, les accidents récidivent, les lésions font des progrès et le malade succombe.

Comme accidents plus rares, on observe encore la phlébite, la gangrène plus ou moins étendue des membres, des ecchymoses sous-cutanées, des lésions pulmonaires consistant dans de la congestion et de l'hépatisation, enfin des lésions hépatiques, congestion et ictère, et des lésions musculaires.

La forme rhumatoïde du surmenage donne assez souvent lieu à des erreurs de diagnostic ; ce pseudo-rhumatisme diffère du vrai surtout par la prédominance des manfestations saburrales, l'extrême rareté des complications viscérales et l'inefficacité des préparations salicylées.

Dans les cas les plus habituels, il y a un état fébrile léger, malaise assez accusé qui précède l'apparition des douleurs ; quelquefois il y a des épistaxis, la langue est blanche, un peu sèche. La douleur est moins forte que dans le rhumatisme, les articulations quelquefois gonflées sont rarement rouges ; d'ailleurs, la localisation est plutôt périarticulaire que vraiment articulaire.

Enfin, dans certains cas, des érythèmes polymorphes ont été vus. D'une façon générale la durée de ces états morbides est courte et ne dépasse guère une dizaine de jours au maximum, le plus souvent de trois à quatre jours. Il faut ajouter un fait très caractéristique, c'est que dans les formes typhoïdes et rhumatoïdes, pendant la période d'état, l'urée est éliminée en très petite quantité ; mais l'affection se juge par une véritable crise urinaire accompagnée de débâcle d'urée.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—Il faut bien savoir que certaines personnes ne dorment tranquilles que lorsqu'elles savent leur medecin à portée de leur appel

—La théorie nous conseille de proportionner le taux de nos honoraires au service rendu et à la position de nos clients ; la pratique nous oblige à nous conformer aux usages locaux.

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Phtisie.—*Seig.*

P.—Huile de Foie de morue..... 70 onces
Créosote..... 40 gouttes
Saccharine ..... 2½ grains

M.—*Revue de thérapeutique.*

Ozène.—*Moure.*

P.—Camphre ..... 8 parties
Teinture d'iode..... 10 "
Iodure de potassium..... 2 "
Goudron..... 12 "
Alcool à 90°..... 100 "
Eau..... 250 "

M.—Chauffer au bain-marie et employer en humage pendant une ou deux minutes.—*Revue de thérapeutique.*

Diphtérie.—*Caldwell.*

P.—Papaïne ..... 2 drachmes
Hydronaphtol ..... 3 grains
Acide muriatique dilué..... 15 minimes
Eau..... pour 4 onces.

M.—En pulvérisations dans la gorge toutes les demi-heures ou toutes les deux heures.—*Archives of Pediatrics.*

Dyspepsie putride.—*Dujardin-Beaumetz.*

1re P.—Salicylate de bismuth.....
Magnésie .....
Bicarbonate de soude ..... ãã 2½ drachmes

M.—Diviser en 30 poudres.—*Dose :* Une au déjeuner ; une autre au dîner.

2e P.—Salicylate de bismuth.....
Naphtol.....
Magnésie..... ãã 2½ drachmes

M.—Diviser en 30 poudres.—*Dose :* Une au déjeuner ; une autre au dîner.—*Abeille médicale.*

Ascite.—*Schwass.*

P.—Calomel ..... 2 grains
Digitale ..... ¾ grain

M.—*Dose :* Une prise toutes les trois heures pendant une semaine.—*Cincinnati Medical News.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, NOVEMBRE 1889.

BULLETIN.

Influence du mode d'administration sur l'action des médicaments.

Le mode d'administration, on le sait, influe beaucoup sur les effets produits par les médicaments. Ainsi les médicaments donnés sous forme liquide agissent beaucoup plus rapidement, d'une manière générale, que ceux administrés sous forme solide : pilule, poudre &c. Les injections hypodermiques sont plus favorables à l'action médicamenteuse que tout autre forme. Tel remède donné après les repas agira mieux que quand on l'administre à jeun &c. Mais ces diverses conditions n'ont d'influence véritable que sur l'absorption à proprement parler. D'autres circonstances, moins connues des praticiens, sont susceptibles d'exercer une influence particulière sur l'action intime de la substance. Ainsi, d'après Herbert C. Harris (*Medical Age*, année 1889, p. 155) le fer, administré dans une mixture effervescente, agira rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il restera inefficace ou même produira de mauvais effets donné sous une autre forme. Cette remarque a une extrême importance et nous donne l'explication des nombreux échecs que l'on éprouve dans le traitement de l'anémie par la médication ferrugineuse. La noix vomique, la belladone, la digitale, l'aconit et autres médicaments donnés sous forme de teintures sont beaucoup plus efficaces si on mélange ces teintures avec un peu d'eau immédiatement avant leur administration que quand on les prépare sous forme de solutions dans lesquelles elle sont souvent très longtemps en contact avec des sels alcalins. La morphine qui, en solution aqueuse, diminue à peine la toux, l'atténuera rapidement si on la dissout dans une petite quantité d'excipient visqueux.

A ces exemples cités par le docteur Harris nous ajouterons les suivants : La teinture de noix vomique donnée à dose de une goutte tous les dix minutes, pendant quatre ou cinq heures, con-

Digitized by Google

trôlera plus rapidement une ménorrhagie qu'elle ne le ferait à doses plus élevées mais plus espacées. Le calomel à dose de $\frac{1}{3}$ gr. toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de trois grains, amène parfois une purgation qui ne se produit pas toujours sous l'action d'une pleine dose donnée d'emblée. La liqueur arsenicale à dose de 1 goutte, une, deux ou trois fois par jour, arrête les vomissements des alcooliques, tandis qu'une dose élevée : 10 à 20 gouttes irrite et fait vomir. L'esprit d'éther nitreux administré dans une potion chaude agira plutôt comme sudorifiqne, et, dans une potion froide produira un effet diurétique.

Ces faits confirment amplement la pensée que si les médicaments ne nous donnent pas toujours les résultats que nous en attendons, la faute en est très souvent aux circonstances et mode d'administration plutôt qu'au médicament lui-même. Cette partie de la thérapeutique mérite donc qu'on lui accorde une attention sérieuse. Trop souvent le mode d'administration est laissé à la discrétion des malades qui, alors, le prennent un peu au gré de leur caprice. Il n'y a pas de détail inutile en médecine, et seul se montre vraiment praticien éclairé, celui qui, ne négligeant pas les minuties, les fait, au contraire, servir à la science du diagnostic et à la guérison des malades.

L'empoisonnement par la cocaine.

Les journaux de médecine continuent à nous rapporter des cas d'empoisonnement par l'alcaloïde de la Coca. Les derniers faits relatés nous prouvent une fois de plus que l'on est loin d'être fixé sur la dose toxique de la cocaïne. Des accidents sont survenus après l'administration d'un quart de grain chez des sujets prédisposés. La plupart du temps ces accidents ont été consécutifs, non pas à l'administration de la cocaïne par les voies digestives, mais à son introduction sous forme d'injection hypodermique ou d'injections uréthrales, rectales, etc. Or, dans ces derniers cas, il devait nécessairement être difficile de doser exactement le médicament et le malade se trouvait en absorber une quantité trop considérable.

Au reste il en est de la cocaïne comme des autres poisons : la dose toxique est un peu difficile à établir d'une manière exacte, attendu qu'elle est susceptible de varier avec les sujets, et chez un même sujet, avec une foule de circonstances. La dose ordinaire du muriate de cocaïne, telle qu'indiquée par la pharmacopée britannique est de $\frac{1}{5}$ à 1 grain. Par injection sous-cutanée elle devrait être moindre de moitié.

A notre sens, cette dose est trop forte, et le maximum ne devrait pas dépasser $\frac{1}{2}$ grain, puisque des accidents sont survenus avec des quantités variant entre $\frac{1}{2}$ et 1 grain. Lors d'un accident survenu à la clinique ophtalmologique de M. Abadie, à Paris, la dose administrée (en injection hypodermique) était de 4 centigrammes ($\frac{3}{4}$ gr)

Digitized by Google

Il nous semble, et c'est là la réflexion pratique que nous inspire le fait précédent, il nous semble que dans la détermination d'une dose toxique quelconque il faut toujours présupposer que la quantité administrée a été absorbée toute entière, ce qui n'est pas toujours le cas pour les médicaments introduits *per orem* ou par les muqueuses en général. La voie hypodermique offre bien d'autres avantages et avec elle on peut être à peu près sûr que la dose donnée agit toute entière sur l'organisme. Si un sujet résiste à l'action toxique de 1 grain de cocaïne prise par la bouche, peut-être succombera-t-il, comme la malade de M. Abadie, à l'action de $\frac{3}{4}$ gr. en injection sous-cutanée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraître: Deuxième Fascicule du **Guide Médical à l'Exposition Universelle Internationale de 1889 à Paris**, par Marcel BAUDOUIN, secrétaire de la rédaction du *Progrès Médical*, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Keraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Regnier, A. Rousselet.

Anatomie, chimie et pharmacie, matière médicale, eaux minérales, microbiologie, hygiène et assistance publique.

Dans le troisième fascicule, qui sera publié sous peu, on trouvera traité,—après les *Instruments de Chirurgie et de Précision*, et tout ce qui se rapporte à l'anatomie normale et comparative, à l'hygiène, à l'assistance publique, à la matière médicale et aux sciences pharmaceutiques, etc.,—ce qui a trait à l'Exposition des Sciences Anthropologiques; et dans la dernière partie de ce fascicule le lecteur trouvera de curieux renseignements sur la *Librairie* et la *Photographie* médicales, etc., une intéressante critique artistique, intitulée: *La Médecine au Palais des Beaux-Arts;* enfin, quelques articles tout nouveaux et pleins d'actualité sur les *Maladies de l'Exposition.*

La Rédaction du *Progrès Médical* a cru répondre à un besoin réel en publiant ce *Guide*, qui formera un beau volume d'environ 550 pages et qui sera illustré de plus de 300 figures.

Tous les docteurs, tous les pharmaciens et même toutes les personnes qui s'intéressent aux progrès des sciences médicales, pourront à l'aide de cet ouvrage rendre des plus utiles l'agréable visite qu'ils ont faite à l'Exposition.

Tous ceux qui n'ont pas pu venir admirer cette merveille y liront avec intérêt quels progrès depuis dix ans les sciences médicales ont pu faire.

C'est la première fois qu'un tel *Guide* est publié sous forme de catalogue raisonné. Aussi espérons-nous que cette innovation attirera l'attention des étrangers aussi bien que des français, qui désirent être au courant des inventions modernes.

Digitized by Google

Prix du Premier Fascicule, Instruments de Chirurgie et de Précision..... 3 fr. 50.
Prix du Deuxième Fascicule..... 2 fr. 50.
Souscription à l'ouvrage complet..... 7 fr. 50.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En pathologie, la dernière nouveauté est constitué par une affection des doigts amenée par l'abus du *type-writer*.

Nous recevons avis du changement de direction de la *Gazette de Gynécologie*. Le Dr P. MÉNIÈRE, dont la santé laisse à désirer depuis quelque temps, a cédé son journal au Dr PHILIPPEAU et cesse d'exercer la médecine.

L'Académie américaine de médecine est à faire préparer une liste aussi complète que possible des élèves des colléges classiques aux Etats-Unis et au Canada qui ont obtenu le degré de M. D. Tous ceux qui ont obtenu les deux degrés, littéraire et médical, sont priés de faire parvenir leurs noms immédiatement, au Dr J. Dunglison, secrétaire, 814. North 16th st., Philadelphie, Pa.

Danger de la suspension.—Le docteur Vincent (de New-York) a observé un cas de mort pendant la suspension, survenue dans les conditions suivantes : le malade avait l'habitude de se servir de son appareil hors de la présence du médecin. La mentonnière étant glissée sur la barbe, le malade se trouva exclusivement suspendu par la nuque, et quand on le trouva il était mort. Le docteur Forster, interwievé, a déclaré avoir observé un cas semblable.

Association des internes de l'hopital Notre-Dame.—Le premier banquet annuel de l'Association a eu lieu jeudi soir, 7 novembre, à l'Université Laval, sous la présidence du docteur H. E. DESROSIERS, président de l'Association. Tous les anciens internes pratiquant à Montréal y assistaient. Parmi les invités figuraient les chefs de service de l'hôpital : MM. les professeurs BROSSEAU, LARAMÉE, LAMARCHE, FOUCHER et FAFARD. Des toasts ont été portés à *l'Association des internes*, aux *chefs de service*, à *l'Université Laval*, à *l'Hôpital Notre Dame*, au *président de l'Association*, à l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Nécrologie.—Philippe RICORD, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, vient de succomber à une pneumonie, le 22 octobre, dans son domicile de la rue Tournon, après quelques heures de maladie.

De tous les médecins français, il n'en est pas un dont le nom ait

Digitized by Google

été aussi universellement connu que celui de Ricord, qui, pendant plus d'un demi-siècle a eu l'un des cabinets les plus fréquentés de Paris.

Ricord, petit-fils d'un médecin marseillais, est né le 10 décembre 1800, à Baltimore (Etats-Unis), où son père, autrefois riche armateur de la Compagnie des Indes, était venu chercher à relever sa fortune. Ricord avait commencé ses études médicales en Amérique, sous la direction de son frère aîné, J.-B. Ricord, naturaliste estimé aux Etats-Unis, et de Rousseau, disciple de Broussais, lorsqu'il fut mis en relation par le naturaliste Lesueur Hyde de Neuville, qui les chargea, lui et son frère Alexandre, d'apporter à Paris, pour le muséum, une collection d'animaux et de plantes qui manquaient.

C'était en 1820. Les deux frères continuèrent leurs études médicales à la Faculté de Paris.

Le 4 décembre 1822, Ricord fut nommé interne. Il fut attaché au service de Dupuytren, qu'il dut quitter, non pour ce mauvais jeu de mots qu'on lui prête, ni pour les irrégularités de service, mais en réalité pour une découverte bibliographique qu'il avait faite dans les journaux américains, et qui enlevait à Dupuytren la priorité dans une opération chirurgicale. Ce fut la cause réelle de la rancune que lui garda Dupuytren, rancune qui aboutit à lui faire quitter le service. Il passa à la Pitié, chez Lisfranc, qui l'accueillit avec empressement, voyant en lui une puissante recrue pour l'aider à combattre le "boucher du bord de l'eau."

Ricord soutint le 5 juin 1826, sa thèse pour le doctorat (*Dissertation sur diverses propositions de chirurgie*) qu'il dédia à son maître Lisfranc et à son ami Guillaume Didier, dont la famille joua un rôle si important dans la vie de Ricord.

Sans fortune, Ricord alla d'abord s'établir à Saint Martin d'Olivet, près d'Orléans, puis peu après il vint à Crouy-sur-Ourcq, arrondissement de Meaux, où il se fit promptement une grande clientèle et de nombreux amis. Son nom y est resté populaire. Mais un bourg de province ne suffisait pas à son ambition ; il vint à Paris concourir pour le bureau central et fut nommé en 1828, après son deuxième concours.

Pour vivre à Paris, Ricord dut se faire d'abord professeur particulier de médecine opératoire : c'est ainsi qu'il attendit jusqu'en 1831, époque de sa nomination à l'hôpital du Midi. Ce fut pour lui la source de sa fortune et de sa célébrité. L'année suivante, en 1832, il concourut pour l'agrégation et échoua : il se borna alors à son hôpital. Il se vit en présence d'une spécialité très productive à Paris, et bientôt son cabinet de la rue de Vaugirard fut trop petit ; il s'installa rue de Tournon, dans ce vieil hôtel qu'il habita près de cinquante ans.

Ricord sera étudié ultérieurement et par d'autres, d'une façon plus complète, comme praticien, comme savant et comme homme du monde.

Digitized by Google

Comme praticien, Ricord était doué d'un grand tact, d'un coup d'œil sûr, d'une main hardie. Il avait toujours des mots pleins d'à-propos pour relever le moral de ses malades, calmer les inquiétudes. Comme chirurgien d'hôpital, il mit son service sur un excellent pied, divisa les malades autant que possible selon les affections, et dès 1834, il ouvrit à l'hôpital du Midi un cours des maladies vénériennes qui eut de suite un immense et légitime succès. L'amphithéâtre était souvent trop étroit; aussi par la belle saison, les leçons avaient lieu sous les tilleuls du jardin.

A cette époque les syphiliographes en renom étaient Cullerier (oncle), Lagneau et les médecins de Saint-Louis, Cazenave, Devergue, Gibert. Cullerier neveu avait hérité de la réputation de son oncle. Tous, à l'exception de Cullerier neveu croyaient à l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis. Ricord, après Balfour, Tode, Benj. Bell, Hernandez, dégagea nettement la syphilis de la blennorrhagie (1838). Son opinion était basée sur les expériences d'inoculation. Ce fut pour ainsi dire le premier pas sur ce terrain que Ricord allait cultiver avec tant de monde.

Si la séparation entre la blennorrhagie et le chancre était bien tranchée, il y avait encore bien des obscurités dans ce qui concerne la syphilis. Jourdan (1826), Richoq des Brus (1826) Desruelles (1827) ne voyaient dans les manifestations syphilitiques que des symptômes de phlegmasie. C'était l'époque de l'école dite physiologique. Ricord eut à lutter contre cette école qui ne fut pas difficile à combattre. Il avait de plus rudes adversaires dans l'école de Saint-Louis. Ricord, toujours d'après des inoculations, établit que le chancre primitif seul peut donner la syphilis.

On sait avec quelle verve il combattit les opinions de ses contradicteurs. Arguments sérieux, expérimentations, mots spirituels, Ricord mettait tout en usage pour la cause qu'il défendait. Ricord divisait la syphilis en trois périodes : accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Elle ne pouvait débuter que par les accidents primitifs. Mais voici qu'en 1852, Bassereau dégage le chancre simple du chancre induré ; en 1855, Clerc établi sa théorie de l'hybridité. Ricord néanmoins tint bon et pendant vingt huit ans (1831-1859), il mit tout ce qu'il avait d'habileté à établir, à défendre et à propager sa doctrine. On se rappelle encore avec quelle énergie il combattit la syphilisation.

En 1859, le Ministre avait saisi l'Académie d'une question importante : il s'agissait de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis de la nourrice au nourrisson et réciproquement. Une commission fut nommée pour étudier la question et Gibert en fut rapporteur. Le rapport de Gibert était admirablement écrit et ne laissait aucune prise à la critique. Il concluait à la transmissibilité. Ce ne fut pas sans un grand étonnement mêlé d'admiration qu'on vit dans la séance du 31 mai 1859 Ricord courber la tête devant le rapport de Gibert, abandonner les idées qu'il avait professées

Digitized by Google

depuis plus d'un quart de siècle et admettre enfin la transmissibilité de ces accidents. Ce fut une adjuration qui honorait à la fois l'homme et le savant.

En 1863 il fut atteint par la limite d'âge et dut quitter son hôpital du Midi, où il avait laissé tant de souvenirs, également dévoué à la science et à ses malades. Un jour, en 1849, entrait dans ses salles, J.-J. Louasse affecté de syphilis tertiaire et d'accidents laryngiens qui avaient réclamé, comme traitement local, l'application d'un vésicatoire au-devant de la trachée. Les accidents devenant de plus en plus graves et le malade asphyxiant, Ricord dut faire la trachéotomie. A peine la trachée était-elle ouverte qu'on crut le malade mort d'asphyxie. Ricord n'hésita pas, malgré le vésicatoire; appliquant sa bouche sur l'ouverture artificielle, il aspira le sang qui obstruait la trachée, fit l'insufflation et sauva son malade.

En 1870-1871, pendant notre guerre avec l'Allemagne, Ricord oublia qu'il avait soixante-dix ans; il reprit son tablier et avec son ami Demarquay, il fut à la tête du service chirurgical des Ambulances de la Presse. Il fut à cette occasion élevé au grade de grand officier de la Légion d'honneur et fut choisi pour remettre au frère Philippe la croix de chevalier pour les services rendus par les frères des écoles chrétiennes sur nos champs de bataille.

Toutes les honneurs sont venus trouver Ricord. Beaucoup d'autres en auraient tiré vanité : Ricord demeura toujours le même. Lauréat de l'Institut (Prix Montyon) en 1842, il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1850, Président en 1868, médecin consultant de l'Empereur en 1860. Ricard était l'homme le plus décoré de son temps, il était bon, bienveillant, affable pour tous. Il avait l'esprit vif, la répartie prompte et spirituelle, et, chose rare, pendant une pratique de soixante-trois ans, Ricord ne s'est fait que des amis parmi ses clients et ses confrères.

Ricord a présidé au mois d'août dernier le Congrès de dermatologie et syphiligraphie, avec la même verve et le même esprit que dans sa jeunesse.

Les principaux écrits de Ricord sont les suivants : *De l'emploi du spéculum*, 1833; —*Blennorrhagie de la femme*, 1834; —*Emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement de l'érysipèle*, 1836; —*Théorie sur la nature et le traitement de l'épididymite*, 1838; —*De l'ophthalmie blennorrhagique*, 1842; —*Des affections syphilitiques du testicule*, 1843; —*Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, 1842, 1851; —*De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*, 1853; —*Lettre sur la syphilis*, 1854-1863; —*Traité du chancre*, 1857; —*Annotations au traité de la maladie vénérienne de Hunter*, etc, etc.

Comme écrits humoristiques, Ricord a composé pendant son séjour à Crouy des chansonnettes qu'il chantait avec plaisir, il y a quelques semaines encore, chez son ami E. Duval, un poème héroï-

Digitized by Google

comique ayant pour titre : *La Dhuisyade*, ou incendie de Dhuisy, par le chirurgien-major des sapeurs pompiers. Citons encore son *Voyage de Paris à Meaux.*

Les obsèques ont eu lieu samedi le 26 octobre à Saint-Sulpice et Ricord repose dans un tombeau de famille, au cimetière du Père-Lachaise.

Il y a vingt ans qu'il faisait ses adieux à la terre dans les vers suivants :

Aux portes de l'Eternité,
Quand j'aurai fini ma carrière,
S'il me reste un peu de poussière
De cette triste humanité,
Que le tombeau seul s'en empare,
Et que de mon âme se sépare
Cette cause de mes douleurs ;
Car l'âme pure et sans matière
Doit être un rayon de lumière
Que ne troubleront plus les pleurs.

C. CORLIEU, in *France médicale.*

Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Programme de l'examen préliminaire pour 1890, 1891 *et* 1892.

Matières obligatoires.—LATIN.—*Commentaires* de César, les quatre premiers livres.—*Enéide* de Virgile, liv. I et II.—*Odes* d'Horace, liv. III. Le candidat devra aussi avoir une connaissance sérieuse de la grammaire latine.

FRANÇAIS.—On exigera des candidats dont le français est la langue maternelle, une connaissance critique du " *Bourgeois Gentilhomme*," de " *Télémaque* " et des trois premiers livres des fables de Lafontaine. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire et d'analyse.

Quant aux candidats parlant l'anglais, ils devront traduire en anglais quelques passages de " *Télémaque* " et répondre à des questions de grammaire française. On exigera aussi la traduction française de quelques phrases anglaises.

ANGLAIS.—Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique des pièces suivantes de Shakespeare : " *Richard III* " pour 1890, " *Henri IV*," première partie, pour 1891, " *Henri IV*," seconde partie, pour 1892, y compris des questions de grammaire d'après Dr Smith ou Mason.

Les candidats parlant le français traduiront quelques passages des huit premiers livres de la vie de Colomb (Life of Columbus), par Washington Irving. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire anglaise, et traduire en anglais quelques phrases de *Télémaque.*

Digitized by Google

BELLES-LETTRES.—Principes de Belles-lettres et de Rhétorique ; histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, du 17e et du 18e siècle en France et en Angleterre.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le percentage, racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide et le sixième, ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces livres dans Eysséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

Matières facultatives.—Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes : GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, livre I., avec quelques questions de grammaire grecque.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Guaot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique, la théodicée et la morale. (*Jaffre* ou *Valet*, *Jevon's logic* et *Calderwood's Handbook of moral philosophy.*)

N. B.—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen.

Ordre des matières et nombre de points assignés à chacune d'elles.

PREMIER JOUR

Latin	de 9	à	11	300	points.
Histoire	" 11	"	12	100	"
Géographie	" 12	"	1	100	"
Français	" 2½	"	4	150	"
Anglais	" 4	"	5½	150	"
Belles-Lettres	" 5½	"	6½	100	"

SECOND JOUR

Géométrie	de 8½	à	10	150	points.
Arithmétique	" 10	"	11½	150	"
Algèbre	" 11½	"	1	150	"
Matière facultative	" 2½	"	4	150	"

H. ASPINWALL HOWE, LL D.,
H.-A. VERREAU, L. D.,
J.-C. K. LAFLAMME, S. T. D.,
H. J. H. PETRY, ECR., A. M.
} *Examinateurs.*

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.)—M. FOUCHER.

Des keratites.

Messieurs,

La vieille définition classique de l'inflammation, basée sur des caractères objectifs tels que la rougeur, la chaleur, la douleur et la tuméfaction, n'a jamais été applicable à la cornée qui, de même que les cartilages et d'autres tissus, est dépourvue de vaisseaux. Il était donc tout naturel que vu sa transparence parfaite et la facilité avec laquelle elle se prête à l'examen, même sous des grossissements puissants, la cornée servit de terrain pour la discussion et l'étude des différentes théories de l'inflammation.

L'histologie nous ayant révélé la texture intime de la cornée, l'ayant divisée par couches distinctes, avec ses éléments cellulaires, leur mode de distribution et de nutrition ; d'un autre côté la théorie cellulaire ayant rapporté aux éléments primitifs les phénomènes morbides qui se passent dans les tissus, il devenait évident que la kératite est caractérisée par la prolifération des corpuscules cornéens. Tel le proclama Virchow.

On sait en effet qu'une irritation quelconque des éléments cellulaires en détermine la prolifération. Si l'irritation est forte ou persistante, la segmentation donne lieu à un amas de cellules nouvelles. Si l'espace est restreint, il en résulte une pression de ces nouveaux éléments les uns contre les autres, pression qui irrite les jeunes cellules et gêne leur nutrition.

Deux ordres de phénomènes sont alors possibles, ou les nouveaux éléments vivent ou ils meurent. S'ils vivent, ils constituent l'hypertrophie ; s'ils meurent, ils donnent naissance au pus. Ces deux modes de terminaison séparent nettement l'inflammation de l'hypertrophie. Si les éléments continuent à vivre et à s'accroître, le tissu augmente en volume, les éléments qui le composent augmentent en nombre, c'est ce que l'on observe au cours du pannus où de nombreuses couches d'épithélium se superposent les unes aux autres. Si au contraire les éléments devenus en trop grand nombre se trouvent dans des conditions trophiques insuffisantes ils subiront la dégénérescence graisseuse et se transformeront en

Digitized by Google

pus. Ainsi comprise, la kératite serait due à une exagération de l'activité propre des cellules.

Cette théorie, qui explique bien les phénomènes inflammatoires cornéens, avait rallié la plupart des physiologistes et des médecins, lorsqu'en 1867, Conheim, élève de Virchow, fit paraître un mémoire important jetant un jour nouveau sur cette question importante. Reprenant les expériences de Virchow sur la cornée, il constata les mêmes phénomènes, mais les interpréta d'une manière diamétralement opposée. Si l'on passe un fil dans le globe oculaire d'un animal ou si l'on irrite la cornée avec un caustique quelconque, il se produit vers la périphérie cornéenne une opacité qui gagne peu à peu vers le centre de cette membrane. Pour produire une lésion cornéenne il a suffi dans le premier cas de déterminer une panophtalmie pour voir la cornée se troubler, dans le second cas, les troubles cornéens ont débuté vers la périphérie plutôt qu'au point irrité. C'est ce phénomène que Conheim n'a pas cru suffisamment expliqué par la théorie de Virchow.

Dans le cas ou l'on se serait servi du nitrate d'argent pour irriter la cornée, le microscope nous démontre que les cellules cornéennes sont restées transparentes tandis que les espaces intercellulaires sont devenus noirs et cette opacité elle-même est due à des globules renfermant un ou plusieurs noyaux, c à-d. à des globules de pus.

Il résulte donc que le pus n'est pas formé aux dépens des éléments cornéens, mais provient d'ailleurs, d'un point plus éloigné qui pour Conheim se trouve dans les vaisseaux qui entourent immédiatement la cornée. Ce sont des globules blancs du sang qui passent par diapédèse dans les couches cornéennes. C'est revenir à la théorie vasculaire de Robin, avec la différence que ce dernier n'admet la sortie des éléments inflammatoires que dans les régions pourvues de vaisseaux, tandis que Conheim admet la migration des éléments éliminés des vaisseaux par diapédèse jusque dans les membranes non vasculaires.

Nous passerons sous silence les expériences qui ont été faites à ce sujet, elles sont nombreuses et concluantes et elles ont l'avantage d'être confirmées par la clinique. Voici donc l'état actuel de la question et ces détails préliminaires nous étaient nécessaires pour comprendre la classification des kératites et nous rendre compte des différentes modifications qui surviennent dans la cornée au cours de l'inflammation de cette membrane. Ainsi la cornée était considérée autrefois comme jouant un rôle actif dans les kératites, tandis que d'après les nouvelles données elle n'aurait qu'un rôle passif. La kératite ne résulte pas d'une hypergénèse des éléments cornéens, elle est le résultat d'une invasion cellulaire provenant du dehors, et cette invasion, en gênant les éléments cornéens, conduit à leur désagrégation, désorganisation et destruction.

Digitized by Google

Les éléments cellulaires que l'on rencontre dans une cornée irritée proviennent directement de la diapédèse ou indirectement de cette source après avoir été déversés dans le produit de la sécrétion conjonctivale. On doit donc s'attendre à rencontrer dans les kératites des lésions de voisinage. Une infiltration centrale reconnaîtra pour cause une lésion périphérique ; ce qui le prouve c'est que la tache centrale se relie au bord cornéen par des traînées appréciables avec des grossissements convenables. Dans le cas contraire, la cornée aura été envahie d'une autre manière, les éléments cellulaires proviendront d'une conjonctive irritée et se seront frayé un chemin dans la cornée après érosion de l'épithélium.

Tout le trouble vient donc du dehors. Les éléments nouveaux une fois en face des éléments cornéens préexistants agissent d'une façon plus ou moins nuisibles, selon leur quantité, la durée de leur séjour et le degré de compression qu'ils exercent autour d'eux.

De là deux ordres de troubles cornéens : *transitoires* et *définitifs*.

Transitoires : Les éléments immigrés ne dissocient que les fibrilles ou faisceaux fibrillaires, alors les corpuscules cornéens ne sont pas trop malmenés, et la résolution de ces produits du dehors rend aux éléments cornéens leur aspect antérieur.

Définitifs : Les éléments immigrés sont en grand nombre, s'introduisent avec force entre les fibrilles et les éléments cellulaires et entraînent leur désagrégation ou destruction : il y a alors perte de substance. De plus, les éléments immigrés peuvent s'organiser et porter atteinte à la transparence de la cornée en donnant lieu à des taches indélébiles toutes les fois que les éléments cellulaires cornéens sont détruits ; la restitution de la cornée *ad integrum* sera impossible. C'est ce qui arrive surtout dans les cas d'ulcères et d'abcès profonds de la cornée.

Il y a trois portions cornéennes qui méritent une distinction toute spéciale dans l'histoire des kératites ; ce sont : 1° l'enveloppe cutanée ; 2° la portion sclérale ; 3° la partie choroidienne du développement embryogénique, correspondant à l'épithélium, au parenchyme cornéen et à la membrane de Descemet. L'épithélium, par sa continuité avec l'épithélium conjonctival et cutané, nous rend compte de la co-existence d'affections cutanées et cornéennes ; d'un autre côté, certaines diathèses s'attaquent de préférence aux fibreuses et les maladies cornéennes qui se remarquent alors ont leur siège dans le parenchyme cornéen ; quant à la membrane de Descemet, ses maladies sont communes à celle du tractus uvéal.

Les maladies de la cornée, quelque soit leur siège, affectent trois formes différentes qui peuvent servir de base à une classification simple et rationnelle, ce sont : 1° l'*infiltration*, 2° l'*abcès*, 3° l'*ulcère*.

A ces trois types viennent se rattacher toutes les kératites, car toutes sont caractérisées soit par une infiltration, un abcès ou un ulcère. Au point de vue du diagnostic, le point le plus important

Digitized by Google

à établir consiste à ranger la kératite dans une des trois catégories que nous venons de mentionner. Il restera ensuite à établir s'il y a sténie ou asthénie, cause constitutionnelle traumatique ou autre, et enfin il faudra localiser le siège de la maladie.

L'*infiltration* est caractérisée par la présence de cellules lymphoides dans le tissu cornéen. Il en résulte un trouble dans la transparence de cette membrane, mal délimité comme forme, étendue et couleur. Ce sont des stries grisâtres ; elles peuvent être masquées par le trouble de transparence du ciment cornéen. L'infiltration peut disparaître sans laisser de traces ; elle peut causer un défaut de transparence permanent par pression exagérée et prolongée des éléments cornéens, et comme conséquence, d'une organisation des cellules infiltrées, d'une sclérose de la cornée. L'infiltration peut être diffuse ou circonscrite, profonde ou superficielle. Plus elle est superficielle, plus elle a de tendance à se circonscrire, plus elle est profonde, plus elle a de tendance à se diffuser. Le degré d'irritation qu'entraîne l'infiltration dépend de son siège et de son mode de répartition. Les superficielles siégeant dans une région riche en nerfs, causent plus de douleurs. Les profondes peuvent être très abondantes et rester indolentes. Le siège, l'étendue ou le degré d'irritation ne peuvent nous guider sur l'issue de l'affection. Des infiltrations larges et profondes peuvent disparaître complètement sans laisser de traces, et *vice versa*. Les infiltrations superficielles ont plus de tendance que les profondes à s'exulcérer. Pour conserver intacte la transparence de la cornée il faut éviter l'exulcération et l'organisation en sclérose des éléments infiltrés ; donc il faut, en vue du traitement à leur opposer, éviter avec soin toute médication irritante capable d'augmenter la diapédèse.

L'abcès cornéen se produit lorsque l'infiltration s'opère rapidement et en grande quantité. Il en résulte alors un entassement circonscrit des cellules lymphoïdes qui désagrègent les fibrilles et les cellules cornéennes et les détruisent. Il y a, dans ce cas, infiltration d'abord puis infiltration et abcès. Il peut exister toutes les gradations entre les rapports de ces deux états : l'infiltration peut prédominer et l'abcès être très petit, et *vice versa*.

L'abcès a plus de tendance à se circonscrire et moins à se vasculariser, il a aussi plus de tendance à gagner en profondeur qu'en étendue, ce qui est le contraire pour l'infiltration. On doit donc distinguer ces deux états par leurs caractères différentiels. Outre que l'infiltration est plus mal délimitée que l'abcès, elle offre aussi une teinte d'un blanc bleuâtre, tandis que l'abcès se mêle plutôt d'une teinte jaunâtre.

L'abcès a aussi plus de tendance à se former par foyers. L'infiltration peut disparaître sans laisser de traces, le plus petit abcès laisse une tache indélébile. En même temps que s'entassent les cellules lymphoïdes dans la cornée pour causer l'abcès, il peut

Digitized by Google

s'en déverser aussi dans la chambre antérieure, et on aura alors l'hypopion ; on ne l'observe pas en cas de simple infiltration, cependant un petit abcès cornéen peut se compliquer d'hypopion.

Le degré d'irritation dépend du siège de l'abcès tout d'ailleurs comme l'infiltration. Les petits abcès sont souvent plus douloureux que les gros. La marche de l'abcès est généralement lente. Le pus peut fuser entre les lames de la cornée, mais à la condition que le pus soit en quantité et que la destruction cornéenne soit accusée ; la pesanteur le porte alors en bas. La terminaison de l'abcès est ordinairement l'ulcère. Lorsque l'abcès est petit, la résorption peut avoir lieu. La transformation de l'abcès en ulcère est quelquefois très rapide pour les petits abcès, plus lente au contraire pour les larges collections purulentes.

L'*ulcère* est caractérisé par une perte de substance de la cornée. On lui considère une zone contournante. un bord et un fond.

Il faut aussi étudier : 1° *Son développement* ; 2° *Son état stationnaire* ; 3° *Sa réparation.*

L'*évolution* de l'ulcère est caractérisée par une perte irrégulière de substance, les contours sont irréguliers, dentelés, le fond de l'ulcère est opaque, recouvert de débris cornéens. La zone contournante est opaque, striée, l'ulcère progresse par ses parties contigues. Cette première période est généralement accompagnée d'irritation, excepté sur des cornées plus ou moins anesthésiées. Les parties détruites sont l'épithélium, le ciment antérieur et la couche cornéenne proprement dite.

La *seconde phase* est caractérisée par le nettoyage des bords et du fond de l'ulcère. Les bords de l'ulcère perdent leur forme déchiquetée ; à ce niveau, l'épithélium s'épaissit. On voit quelquefois à ce moment apparaître des vaisseaux. Dans la *troisième phase* dite de *réparation*, l'ulcère s'aplanit, les bords s'arrondissent, les nerfs se recouvrent et la douleur s'apaise. L'ulcère est remplacé par un tissu de nouvelle formation, indélébile, et porte suivant son intensité les noms de nebula, albugo ou leucome. L'ulcère ne se comble pas toujours d'une façon régulière, la cornée prend alors une apparence plus ou moins raboteuse, réfléchissant la lumière d'une manière défectueuse ; un examen attentif fait découvrir des facettes. Les éléments qui viennent remplacer dans l'ulcère ceux qui ont été détruits offrent une très grande ressemblance avec ceux qui existaient auparavant, mais ils n'offrent pas le même degré de transparence, probablement par leur entassement plus considérable.

La marche des trois périodes n'est pas toujours aussi classique, elle peut varier considérablement ; ainsi, un ulcère peut gagner rapidement en profondeur et perforer la cornée de part en part, et hâter ou ralentir ainsi la période de réparation. Si l'ulcération s'étend à la membrane de Descemet, celle-ci peut venir s'interposer dans l'ulcère et simuler une régénération de l'épithélium.

Digitized by Google

Cependant, on remarque alors une petite saillie transparente décrite sous le nom de kératocèle. Si le kératocèle se brise, on a alors une fistule cornéenne qui peut retarder indéfiniment la guérison.

Si la perforation est brusque et plus étendue, il peut en résulter des désordres profonds : rupture de la cristalloïde, hernie des masses corticales, etc.

Après les ruptures cornéennes il se produit souvent des synéchies antérieures, c'est-à-dire des adhérences de l'iris à la face postérieure de la cornée, et cette dernière membrane, distendue alors outre mesure, peut présenter toutes les variétés de staphylômes depuis le simple kératocèle jusqu'à l'ectasie complète de la cornée.

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

De la belladone.

La rédaction de l'UNION MÉDICALE, dans son dernier numéro, livraison de novembre, nous parle de l'importance du mode d'administration des médicaments : le mode comprend la forme, le véhicule, la dose, etc.

La thérapeutique infantile consacre tous les jours la vérité de cette affirmation, et Jules Simon, dans sa troisième conférence intitulée *de la Belladone*, va nous faire voir combien l'action des médicaments est à la merci du dosage.

Disons de suite qu'avant tout il faut être bien familier avec l'action physiologique du médicament; pas de médication rationnelle, pas de médication efficace sans une connaissance intime des différents effets médicamenteux sur la circulation, la respiration, les sécrétions, le système nerveux, etc., parce que dans cette terrible lutte de l'art contre le mal, de l'art si souvent impuissant contre le mal si ironiquement triomphant, le triomphe est à ce prix.

Si vous ne donnez pas le mercure jusqu'à un commencement d'agacement des gencives et de salivation, la syphilis des adultes désespère patient et médecin, et va son chemin.

---

(1) Voir la livraison de septembre.

Digitized by Google

La même chose pour la belladône.

Si vous n'obtenez pas ses effets physiologiques, c'est-à-dire si la peau du visage n'est pas animée, si les yeux ne sont pas brillants, si les pupilles ne sont pas dilatées, si le caractère n'est pas devenu irritable, vos symptômes respiratoires contre lesquels elle est généralement toute puissante ne s'amenderont pas.

Et nous devons être d'autant plus décidés que nous avons moins à craindre : " la belladone est, toutes choses égales d'ailleurs, plus facilement supportée par l'enfant que par l'adulte," nous dit notre thérapeute Desrosiers. Et pourquoi ? ajouterons-nous, parce la belladone ne s'accumule pas comme la digitale, parce qu'au contraire elle s'élimine très rapidement par les urines, et que ses phénomènes d'intoxication sont essentiellement passagers.

Extraits.—Nous avons l'extrait alcoolique, l'extrait de semences, l'extrait de suc non dépuré et l'extrait obtenu avec le suc dépuré de la plante ; ce dernier et l'extrait alcoolique sont les plus employés ; ils sont un peu moins énergiques que la poudre de feuilles ou de racines fraîches.

Teintures.—Les teintures éthérées et alcooliques sont préférables à l'alcoolature qui est trop active pour être employée sans danger ; l'alcoolature de belladone, on le sait, diffère absolument de l'alcoolature d'aconit qui est beaucoup plus inerte.

La teinture alcoolique est la plus usitée.

Voici les doses que Jules Simon a expérimentées :

Enfants de	3 ans :	jusqu'à	40	gouttes.
"	4 "	"	60	"
Une petite fille	13 "	"	120	"

Les doses suivantes seront administrées ordinairement :

Enfants de	2 ans :	3, 4, 5	gouttes.
"	3 "	5 à 10	"
" jusqu'à	10 "	20 à 30	"

Sirop.—Il contient 0 gr. 10 d'extrait pour 30 grammes de sirop simple.

Dose : 1 à 2 cuillerées à café à partir de 2 ans.

Atropine.—Le sulfate est plus soluble. Dose : un milligramme, comme l'arséniate de soude, la vératrine, la digitaline, la strychnine, (atropine, un centigramme ; eau distillée, 10 grammes, dont 20 gouttes, pesant 1 gramme, contiennent un milligramme d'alcaloïde).

Un enfant peut prendre deux milligrammes de sulfate d'atropine par jour, c'est-à-dire deux fois la dose ordinaire d'un adulte.

Les contre-poisons sont le tannin, le thé, le café et l'iodure de potassium.

Indications et contre-indications.—Par son action vaso-motrice la belladone tue le spasme : de là son indication spéciale

Digitized by Google

dans les affections des voies respiratoires qui, chez les enfants, revêtent si volontiers un caractère spasmodique ; donc contre la laryngite spasmodique, striduleuse, elle atténuera la convulsion ou l'élément convulsif, elle diminuera la sécrétion catarrhale qui cause et entretient par action réflexe, la toux spasmodique ; l'asthme nerveux, le spasme de la glotte se trouveront bien également de son influence.

Chez les enfants nerveux rappelons-nous que l'opium pourra être associé à la belladone qui pourrait alors nous donner une excitation cérébrale exagérée. Ainsi, on prescrira :

Sirop de belladone.....	10	grammes
" codéïne.....	10	—
" tolu.....	10	—

Une cuillerée à café matin et soir.

Mais hâtons-nous de dire que de toutes les maladies des voies respiratoires, la coqueluche surtout, ce désespoir de tout le monde, ne connaît pas de médicament plus puissant que la belladone aidée des vomitifs et de l'aconit.

La coqueluche dure deux ou trois mois ; le praticien doit en prendre son parti, et comme dans la chorée et autres états morbides particuliers à l'enfant, il ne doit pas hésiter dans le pronostic à faire ; ce n'est qu'à ce prix qu'il pourra instituer la médication classique de la coqueluche, médication qui aura pour résultat de rendre moins fréquents, moins intenses et par cela même prévenir certains accidents, résultats des efforts de toux (hémorrhagie, hernies, chutes du rectum, etc.)

Dans la coqueluche, nous avons trois périodes bien différentes : une période aiguë, bronchite spasmodique, puis des accès de toux expiratoire, convulsive avec vomissements de mucosités et d'aliments ; enfin emphysème pulmonaire, adénopathie qui excite les nerfs avoisinant les ganglions et devient à son tour le point de départ d'actions réflexes qui déterminent et entretiennent les quintes coqueluchoïdes.

Traitement de la première période de la coqueluche.—C'est le traitement de la bronchite. L'enfant est tenu au lit, applications chaudes, vésicatoires, puis administration par cuillerées à café de la potion suivante :

Teinture de belladone.....	X	gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit.....	X	"
Eau de laurier-cerise.....	10	grammes.
Eau de tilleul.....	60	"
Eau de fleurs d'oranger.....	10	"
Sirop de lactucarium.....	30	"

Deuxième période.—Les voies aériennes sont chargées de mucosités ; vomitifs tous les matins à l'ipéca, qu'on ne doit pas craindre

Digitized by Google

de donner à large dose en sirop et en poudre combinés, puis 10 à 30 gouttes d'une mixture égale d'aconit et de belladone; le café noir sera en même temps administré pour combattre l'action toxique du médicament.

Si les quintes de toux provoquent le vomissement trop souvent, de manière à gêner l'alimentâtion de l'enfant, on devra le faire manger aussitôt après le vomissement.

Troisième période.— On associera la belladone aux toniques. quinquina, huile de foie de morue, vin de Chevrier.

Je tiens suspendue au-dessus du lit de l'enfant une éponge chargée d'une solution d'acide carbolique.

Disons enfin que c'est dans cette dernière période que le changement d'air rend les plus grands services. Je répète qu'il faut auprès de la mère porter le pronostic dès le début et lui dire que la guérison ne saurait être espérée avant l'époque fixée pour cette maladie qui offre presqu'autant de résistance que la chorée: cette déclaration a pour résultat de permettre un traitement continu, rationnel, et prévient ces inquiétudes alarmantes qui exposent à un changement nuisible du médecin et de la médication.

J'ajouterai en terminant cette troisième conférence de Jules Simon, que les hygiénistes, se basant sur certaines déclarations d'Hahnemann, Hufeland, repétées par plusieurs autres, recommandent la belladone comme prophylactique de la scarlatine. C'est la constatation des éruptions scarlatiniformes déterminées quelquefois par la belladone qui a inspiré au grand Hahnemann cette singulière idée : il est pourtant naturel de supposer qu'il y a peu de relation entre l'affection locale médicamenteuse de la belladone et l'entité morbide qui constitue la scarlatine : la distinction doit être faite et Bouchut, dans son Traité des maladies des nouveaunés, me paraît avoir tort d'insister sur son emploi dans ce cas, et je confesse avoir commis le même péché en répétant ce conseil du grand maître, comme je l'ai fait déjà devant de crédules élèves que je prie bien de vouloir me pardonner.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il y a des iritis syphilitiques sans douleurs. (Prof. FOUCHER.)

L'iritis doit toujours donner l'éveil sur l'existence d'une syphilis datant de six à douze mois. (Prof. FOUCHER.)

Digitized by Google

Pour bien réussir avec la position de Sims il faut que la vulve soit sur le même niveau que la partie externe du genou supérieur. (Prof. BRENNAN.)

Aucun des nouveaux toniques : adonidine, spartéine, strophantus, convallaria, n'égale la digitale comme tonique cardiaque et vasomoteur. (Prof. DESROSIERS.)

Avant de tenter l'extraction de corps étrangers de l'oreille, il faut d'abord s'assurer s'il en existe réellement et quelle en est la nature. (Prof. FOUCHER)

Il faut des lésions graves pour que l'on se permette d'enlever un ovaire.—On ne voit l'inutilité de l'opération quelquefois que lorsque l'ovaire est " *sauté.*" (Prof. BRENNAN.)

Pour obtenir des effets stimulants sensibles de l'emploi de la caféine, il est souvent nécessaire de la prescrire, à l'exemple de Huchard, à doses élevées : 36 à 54 grains par jour. (Prof. DESROSIERS.)

L'examen attentif des deux formes d'injection conjonctivale et pisclérale permettra toujours de différencier deux ordres de lèsions oculaires parfaitement distinctes comme gravité et traitement. (Prof. FOUCHER.)

Dans un cas de vaginisme, enlevez les caroncules myrtiformes, faites la dilatation brusque du sphincter vulvaire et du sphincter anal. N'oubliez pas la possibilité de *fissures uréthrales* comme cause ; dilatez au besoin, le méat. (Prof. BRENNAN.)

Les stimulants alcooliques donnés au cours d'une maladie adynamique comme la fièvre typhoïde, doivent être administrés à doses fractionnées et soutenues : 1 gr. toutes les ½ h. ou toutes les heures, au besoin. (Prof. DESROSIERS.)

N'enlevez jamais des *ovaires congestionnés* ou *enflammés* à répétition avant d'avoir tenté au préalable tout autre traitement et surtout jamais avant d'avoir pratiqué la dilatation du col utérin, avec curage s'il y a la moindre indication. (Prof. BRENNAN.)

Les préparations aqueuses (décoction et infusion) de digitale

Digitized by Google

doivent être préférées aux préparations alcooliques, les principes actifs de la digitale se dissolvant mieux dans l'eau que dans l'alcool. (Prof. DESROSIERS.)

Dans les cas de *salpingite purulente* caractérisée par des "poussées" de pus vers la cavité utérine, ne serait-il pas possible, avant d'en venir à l'extirpation, de tenter, après une dilatation utérine antiseptique, le cathétérisme aspirateur de la trompe et d'établir ainsi le drainage par la cavité de l'utérus? (Prof. BRENNAN.)

Le meilleur moyen d'éviter l'accumulation de la digitale dans le système est d'administrer le médicament à doses décroissantes. Les trois symptômes indiquant que la digitale est mal supportée, sont la nausée, le vomissement et la diminution de la sécrétion urinaire. (Prof. DESROSIERS.)

Celui qui néglige les lavages antiseptiques intra utérins, et à la moindre indication la dilatation rapide et le curage—dans la septicémie puerpérale, est coupable à un haut degré; et cependant combien ne meurt-il pas de femmes d'acide phénique et applications de teinture d'iode. (Prof. BRENNAN.)

Dans un cas de pollutions nocturnes, chez un sujet pléthorique, avec surexcitabilité du centre génital et hyperesthésie de la muqueuse uréthrale, M. le professeur DESROSIERS ordonne 80 grains de bromure de potassium combinés à ½ grain d'extrait de belladone, le soir au coucher.

Soyez d'une grande prudence dans l'usge des pessaires; n'en mettez un que dans les cas d'absolue nécessité—non par routine—et que celui que vous appliquez convienne en tout au cas. Soyez "*chiche*" des pessaires à anneau, à ballon et à tige intra utérine. —Pendant que la patiente porte un pessaire exigez une propreté absolue et des examens fréquents. (Prof. BRENNAN.)

Les rhinites fétides sont susceptibles d'être améliorées et même guéries par un traitement méthodique et persévérant. La muqueuse nasale doit être débarrassée des croûtes et des sécrétions fétides qui y adhèrent et différents traitements appliqués sur la muqueuse. La difficulté du traitement consiste dans le nettoyage parfait des fosses nasales et quelquefois plus de douleur qu'une otite purulente aigue. (Prof. FOUCHER.)

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

De la tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax.—Clinique de M. JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Dans un mémoire paru en 1885, Mendelsohn cite dix cas de tuberculose pulmonaire consécutive à des traumatismes du thorax, sans solution de continuité des téguments.

De ces dix observations de Mendelsohn, sept sont des plus probantes, attendu que l'examen microscopique a décélé dans les crachats de ces malades la présence du bacille de Koch. Dans les trois autres, quoique la bacille ait échappé à l'examen microscopique, il n'en est pas moins vrai que l'inoculation des crachats provenant de ces malades a produit la tuberculose.

De mon côté, j'ai observé trois cas de tuberculose succédant aux traumatismes du thorax, et dans ces trois cas le bacille infectieux a été constaté soit dans le sang, soit dans les crachats.

Vous voyez que je ne comprends pas dans mes trois observations celle du malade qui se trouve actuellement dans notre salle..... C'est que, quoique par l'historique que nous fait ce malade, il y ait bien eu traumatisme violent du thorax—compression de cette région entre les tampons de deux wagons—quoiqu'il soit atteint de tuberculose pulmonaire, je ne puis affirmer que cette tuberculose soit consécutive au traumatisme, parce que je n'ai pas suivi le malade dès le principe, dès l'accident traumatique qui s'est produit il y a plus d'un an.

Outre les observations de Mendelsohn et les miennes, dans lesquelles la recherche du bacille de Koch a été affirmative, la littérature médicale ne possède pas d'autres exemples probants de tuberculose pulmonaire succédant aux traumatismes du thorax.

Il y a bien quatre observations de Brehmer, quatre autres de Lebert et Scholz, mais elles peuvent être contestées, attendu que dans les premières les crachats des malades ne contenaient que les fibres élastiques, caractéristiques il est vrai, mais pas de bacilles, et que dans les secondes, les lésions tuberculeuses n'ont été confirmées que par l'autopsie.

Perroud, de Lyon, cite des cas de tuberculose chez les mariniers du Rhône et de la Saône qui poussent les bateaux au moyen d'une

Digitized by Google

perche appuyée contre la région thoracique sous-claviculaire, manœuvre produisant ainsi un traumatisme chronique.

Mais, je le répète, les observations les plus précises, les plus concluantes, sont celles précitées, où le bacille de Koch a été constaté ; elles sont assez nombreuses pour nous convaincre que la tuberculose peut succéder aux traumatismes du thorax.

La tuberculose traumatique est surtout caractérisée par sa marche le plus ordinairement rapide, galopante. Il se produit d'abord, à la suite du traumatisme, une hémoptysie plus ou moins abondante, ou de la pneumonie, ou bien les deux à la fois. Cependant, exceptionnellement, hémoptysie et pneumonie peuvent faire défaut, auquel cas une déchéance vitale graduelle peut être l'intermédiaire entre le traumatisme et la phthisie.

En somme, le terme d'un violent traumatisme du thorax peut être la tuberculose pulmonaire immédiatement précédée d'hémoptysie, de pneumonie ou de déchéance graduelle. Sa marche est très rapide, surtout quand l'intermédiaire entre elle et le traumatisme est la pneumonie.

Dans certains cas, cependant, et ce fait s'est produit dans une de nos observations précitées, la pneumonie intermédiaire peut s'amender à tel point que le malade se sente guéri, reprenne des forces, engraisse même ; mais il reste toujours un reliquat pneumonique limité qui suffit pour dégénérer en tuberculose plus ou moins rapidement.

A l'époque de Laennec, à une époque même tout à fait récente encore, avant la découverte du bacille de Koch on attribuait la tuberculose qui nous occupe, comme toutes les tuberculoses acquises, à l'inflammation. L'inflammation jouait le plus grand rôle dans la genèse des maladies ; à vrai dire elle servait à masquer notre ignorance des processus intimes qui engendrent les maladies.

Mais aujourd'hui que nous connaissons la nature infectieuse de la tuberculose, que nous avons sous les yeux le bacille infectieux de Koch, nous ne saurions plus être satisfaits du mot d'inflammation pour interpréter la production de la tuberculose à la suite d'un traumatisme thoracique ; il faut que nous cherchions à concilier le traumatisme avec le bacille inévitable, nécessaire, sans lequel il n'y a pas de tuberculose.

Il est aujourd'hui nettement démontré et indiscutable qu'il existe dans notre organisme des microbes à l'état latent, inoffensifs tant que notre organisme s'oppose par sa vitalité, par son activité nutritive à l'action nocive de ces microbes. Du moins en ce qui concerne les pneumocoques, cette démonstration est péremptoire et généralement admise. Mais, qu'un refroidissement, qu'un traumatisme, qu'une autre cause quelconque amène dans nos tissus un trouble de nutrition, une hypotrophie, qu'il compromette plus ou moins leur vitalité, leur résistance, les microbes pathogènes,

Digitized by Google

jusque là inoffensifs, à l'état latent, trouvent dans les tissus déchus un terrain favorable à leur développement, à leur existence et se créent un milieu nécessaire à leur prospérité, la maladie.

Cependant l'existence des bacilles de Koch à l'état latent dans notre organisme n'a pas encore été prouvée d'une façon évidente; il est possible, très probable même que ce qui est vraie pour les pneumocoques le soit aussi pour les autres agents infectieux.

Quoi qu'il en soit, que les bacilles de Koch existent à l'état latent dans notre organisme ou qu'ils s'y introduisent avec l'air que nous inspirons ou les aliments et boissons que nous prenons, si notre organisme est préparé par un traumatisme—dans le cas particulier qui nous occupe—ou par toute autre cause de perturbation vitale à leur faire bon accueil, ils s'y installeront et engendreront la tuberculose.

Voilà l'interprétation la plus logique que nos connaissances actuelles nous permettent de donner de la production de la tuberculose pulmonaire à la suite d'une violente contusion du thorax.

Il est évident que le séjour des traumatisés dans les salles d'hôpital est d'autant plus favorable à la production de la maladie que les micro-organismes pathogènes y abondent.—*Praticien.*

Du pronostic de l'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie.—M. Pavy a fait une communication sur le pronostic de l'albuminerie au point de vue spécial de l'assurance sur la vie. Les compagnies d'assurances n'acceptent pas les personnes qui présentent de l'albumine dans les urines. Il importe donc au médecin d'examiner avec soin la question et de voir s'il n'y a pas une exagération dans cette manière d'agir.

M. Pavy pense que les albuminuries survenant après des exercices exagérés, après des coups de froid, après l'ingestion de certains aliments, sont des albuminuries passagères et qui, par conséquent ne doivent pas faire exclure les personnes qui les présentent.

A côté de ces albuminuries passagères, il faut placer les albuminuries intermittentes qui ont également un pronostic favorable.

Enfin, dans le groupe des albuminuries chroniques il faut encore distinguer les cas qui sont caractérisés par une albuminurie à peine marquée, ne coïncidant avec aucun autre signe du mal de Bright, et les cas de mal de Bright confirmés (albuminurie intense, œdème des jambes, etc.)

Les personnes atteintes de mal de Bright confirmé doivent être seules exclues des compagnies d'assurances pour la vie.

C'est donc à tort que les compagnies ne veulent pas accepter les individus qui présentent de l'albumine dans les urines.—*Revue médicale de l'Est.*

Traitement de l'insomnie, par le Dr Lemoine.—Il y a une

Digitized by Google

trentaine d'années, alors que les médicaments capables de provoquer le sommeil étaient peu nombreux, la tâche du médecin était bien facile. Quand il voulait calmer l'insomnie des malades, n'ayant pas l'embarras du choix, il prescrivait l'un des trois ou quatre hypnotiques connus alors. Aujourd'hui les choses ont bien changées et le nombre de ces médicaments s'est tellement accru, que si l'on veut employer chacun d'eux dans les cas où il est particulièrement indiqué, on est gêné par leur abondance même. Le récent congrès de thérapeutique, où l'on a beaucoup parlé de toxicologie, de matière médicale et de pharmacie, ne nous a pas appris grand chose en fait de clinique médicale. Chacun a eu à cœur de faire l'éloge de *son* médicament sans se soucier de ceux prônés par les voisins, de sorte qu'il est bien difficile de faire un choix parmi tous ces produits aux vertus merveilleuses.

Et pourtant il est indispensable de bien choisir l'hypnotique dont on veut faire usage, car il n'est pas indifférent d'employer l'un plutôt que l'autre et très souvent des accidents graves sont conséquence d'un choix mal raisonné. Le meilleur hypnotique n'est pas celui qui amène le sommeil le plus profond, c'est celui qui convient le mieux au malade qui s'en sert, et très souvent ce n'est pas un produit pharmaceutique. Ainsi, chez des personnes sujettes à de l'anémie cérébrale, celles par exemple qui sont atteintes d'insuffisance aortique, le décubitus dorsal sans oreiller sous la tête suffira souvent pour ramener le sommeil, parce qu'il produit l'appel du sang dans les centres nerveux. L'opium, qui amène aussi leur congestion, est indiqué dans ce cas, tandis que le bromure de potassium, qui les anémie, augmente l'insomnie. Inversement, le bromure est le médicament par excellence de l'insomnie liée à l'asystolie, où il y a de la stase veineuse encéphalique, tandis que l'opium augmente alors les rêvasseries et l'agitation nocturne, parce qu'il exagère cette congestion. Ce seul exemple montre bien qu'un médicament hypnotique n'amène le sommeil que lorsqu'il lutte contre les causes de l'insomnie. L'opium ne fait pas dormir parce qu'il a une vertu dormitive, il fait dormir parce qu'il agit sur la circulation cérébrale d'une telle façon qu'il favorise le repos du système nerveux. Son action sur les vaisseaux est donc un des principaux facteurs de ses effets hypnotiques. On voit ainsi que le même médicament peut agir, suivant les cas, d'une façon absolument opposée.

Chez les enfants, on a rarement besoin de se servir de médicaments hypnotiques, car l'insomnie est exceptionnelle chez eux, même dans les états pathologiques ; c'est plutôt de l'excitation et une réaction nerveuse trop vive que l'on a à combattre. L'enfant dort alors en révassant, il s'agite dans son lit, parle, se réveille à chaque instant ; son sommeil est troublé mais il ne fait pas défaut. Les hypnotiques sont inutiles en pareil cas, et quelquefois dangereux. Je n'ai pas à rappeler les graves inconvénients de

Digitized by Google

l'opium, à cet âge de la vie, et je dirai que le chloral est également fort nuisible, par suite de l'action stupéfiante et congestive qu'il exerce sur les centres nerveux. C'est aux anti-spasmodiques qu'il faut avoir recours pour ramener le calme; le bromure de potassium, la belladone, la valériane sont les médicaments qui répondent aux indications cliniques. Dans ces derniers temps on a beaucoup vanté le sirop de narcéine comme calmant chez les enfants; ses effets sont extrêmement irréguliers, à tel point qu'on ne peut jamais compter sur eux, c'est en tout cas un médicament inoffensif. Les mêmes remarques s'appliquent à l'uréthane, autre spécifique aussitôt oublié que né.

Le vieillard présente vis-à-vis les médicaments la même susceptibilité que l'enfant; il faut donc le traiter avec la même prudence. Chez lui, le sommeil est normalement court et l'insomnie presque physiologique. Un vieillard qui est porté au sommeil est malade. Si, cependant, cette insomnie s'exagère, il faut la traiter; là encore, l'opium est formellement contre-indiqué, car il augmente la pression sanguine dans les vaisseaux cérébraux, fragiles à cet âge, à cause de l'artério-sclérose et de l'athérome, et pourrait provoquer leur rupture. J'en dirais autant du chloral, un des plus mauvais médicaments hypnotiques, qu'il serait utile de proscrire complètement et que malheureusement l'usage a fait rentrer dans la pratique courante. Une hygiène bien réglée est le plus sûr moyen pour le vieillard d'avoir un sommeil suffisant, il doit éviter les repas trop copieux le soir, l'usage des vins excitants, les fatigues, le travail prolongé et surtout la constipation. L'homme constipé dort mal, et cela à tout âge; il semble qu'il s'intoxique par les ptomaines qu'il résorbe et que l'empoisonnement lent dont il est l'objet amène une excitation maladive de son système nerveux. En pareil cas, ce n'est pas à des médicaments hypnotiques qu'il faut avoir recours; les purgatifs et les lavements ramènent plus sûrement le sommeil qu'eux. L'hyosciamine, à la dose d'un milligramme par jour, réussit admirablement pour produire un sommeil de quelques heures chez les gens âgés dont l'insomnie est liée à de l'éréthisme nerveux. Après avoir beaucoup employé cette substance, je reste convaincu que c'est une des plus inoffensives que nous possédions, car le sommeil qu'elle produit est calme, presque léger et n'est jamais suivi de lourdeur de tête ni de symptômes congestifs. De plus, on peut en faire usage pendant longtemps sans qu'il se produise de l'accoutumance.

Elle donne les mêmes résultats chez les adultes, où le sommeil devient irrégulier à la suite de surmenage intellectuel. La même dose d'un milligramme suffit pour amener le sommeil à condition de la continuer pendant plusieurs jours; mais ce n'est qu'un palliatif et la suppression de la cause de l'insomnie est le seul traitement vraiment efficace.

Une des fautes que l'on commet le plus souvent consiste à don-

Digitized by Google

ner aux névropathes (neurasthéniques, hystériques, etc.) du bromure de potassium pour ramener chez eux le calme et le sommeil. Ces malades ont des manifestations pathologiques d'ordre nerveux, parce que leur système nerveux se trouve dans un état de faiblesse, native ou acquise, qui rend très pénible l'accomplissement des fonctions qui lui sont dévolues. L'énergie des centres psycho-moteurs n'est plus suffisante pour faire la somme de travail qui leur incombe et le malade tombe peu à peu dans cet état qu'on a si justement appelé faiblesse irritable. Or, donner du bromure, dont le rôle déprimant est bien connu, à ces gens qui souffrent précisément d'une forte dépression psychique, c'est augmenter leur malaise, et l'on risque ainsi de rendre leur état incurable. C'est comme si on traitait par des marches répétées quelqu'un déjà exténué de fatigue. L'amélioration que l'on constate parfois est toute passagère, et n'est bien souvent qu'une apparence trompeuse due à ce qu'on a mis le sujet dans un tel état d'abattement qu'il ne réagit plus.

Les toniques, le massage, quelques douches, et surtout les phosphates, sont les agents réparateurs dont il faut se servir chez les névropathes. Leur effet est lent à se produire mais il persiste et par eux la guérison peut parfois être obtenue.

La même remarque s'applique à l'insomnie des anémiques que le bromure exagère et que le fer ou les phosphates diminuent. En somme, c'est à la médication générale qu'il faut avoir recours toutes les fois que la chose est possible.

En revanche, le bromure est indiqué chez les gens qui ont ou qui redoutent des accidents cérébraux: les athéromateux, les alcooliques, les rhumatisants, dans la paralysie générale au début, chez les congestifs, les obèses, etc. L'insomnie des affections mitrales relève de son action thérapeutique, ainsi que celle du mal de Bright.

En résumé, car il serait trop long de multiplier les exemples, il faut varier suivant les cas la médication hypnotique et ne se servir qu'avec prudence des hypnotiques stupéfiants. Le mieux sera toujours de chercher la cause de l'insomnie et de lui appliquer le traitement qu'elle exige ; bien souvent alors ce ne sera pas aux médicaments qui font dormir que l'on s'adressera.—*Bulletin médical du Nord.*

La diarrhée matinale.—On est de temps en temps consulté par des malades qui se plaignent d'avoir chaque matin une ou deux selles diarrhéiques, sans qu'aucun autre besoin de défécation se manifeste pendant le reste du jour. Ces selles diarrhéiques se produisent aussitôt après la sortie du lit; quelquefois cependant le besoin peut se faire sentir, le malade étant encore au lit; mais il importe de remarquer alors que c'est toujours à la suite d'un mouvement que le besoin se fait sentir. Ce besoin est impérieux,

Digitized by Google

mais il n'est pas douloureux. Les évacuations peuvent être complètement liquides ; elles sont abondantes et souvent fétides. Leur nombre est variable ; en général les malades n'ont qu'une ou deux selles ; parfois ils en ont jusqu'à quatre, rarement plus, et toujours à peu près dans le même laps de temps.

L'abdomen n'est pas douloureux à la pression ; l'appétit est presque toujours conservé, quelquefois même exagéré ; la soif est habituellement intense et on trouve le clapotement stomacal caractéristique de la dilatation de l'estomac. Malgré tous ces phénomènes, qui peuvent présenter une certaine gravité apparente, ordinairement la santé générale se maintient dans un état très satisfaisant. Aussi le pronostic est-il relativement bénin, d'autant mieux que le traitement a ici beaucoup d'influence sur l'évolution de la maladie.

L'observation montre, en effet, que le régime, en particulier la nature des aliments et surtout la quantité des boissons ont ici beaucoup d'importance. Ces malades digèrent fort mal les légumes, les fruits, les viandes accommodées avec des sauces, les ragoûts ; de plus, presque tous absorbent de grandes quantités de liquides. C'est donc dans ce sens que doit être dirigé le traitement. Il faut surtout conseiller aux malades de ne jamais boire en dehors des repas et de faire en sorte que la totalité du liquide absorbé dans les vingt-quatre heures n'excède pas 7 à 800 grammes. La nourriture se composera exclusivement de viandes rôties ou grillées très cuites, de purées de légumes, de compotes, mais en petite quantité. Le repas du soir sera très léger et la boisson à ce repas, si cela est possible, sera supprimée complètement pendant quelques jours.

Dans presque tous le cas ce régime suffit pour faire disparaître la diarrhée matinale. Au bout de sept ou huit jours les malades sont revenus à leur état normal, mais on peut encore, si cela est nécessaire, aider le régime par différents moyens tels que les frictions sèches de la peau, l'hydrothérapie, les cataplasmes sinapisés mis le soir alternativement sur le ventre et les lombes. Si la diarrhée est fétide, il faut administrer le naphtol associé au salicylate de bismuth ou à l'iodoforme.

Cette étude a été faite par M. le Dr. Chauvet dans sa thèse inaugurale inspirée par le professeur Olive (de Nantes) et résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ces troubles intestinaux sont presque toujours la conséquence d'une dilatation de l'estomac. Pour notre part nous avons toujours constaté dans ces cas le clapotage gastrique dans les limites extra-physiologiques, et la thérapeutique qui a réussi à M. Chauvet est en grande partie la diététique de M. Bouchard.—*Concours médical.*

Digitized by Google

CHIRURGIE.

Les raideurs articulaires—Les raideurs articulaires sont parmi les lésions que le chirurgien observe le plus souvent et contre lesquelles il est le mieux armé. Mais, si le traitement n'est pas dirigé avec précision et sagacité, l'infirmité, d'abord légère et curable, s'aggravera peu à peu et deviendra définitive. Il est donc du plus haut intérêt d'étudier avec soin tout ce qui est afférent à cette question.

Ces études sont déjà anciennes, populaires même ; n'est-ce point sur les raideurs que les empiriques et les rabouteurs ont eu leurs plus beaux succès ? Mais les données à la fois scientifiques et pratiques sur ce point ne remontent qu'à Malgaigne. Depuis les leçons d'orthopédie que MM. Guyon et Panas ont publiées d'après l'enseignement de ce maître éminent, le sujet a fixé l'attention de tous les chirurgiens. On n'a d'ailleurs pas ajouté grand'chose à la description initiale, mais on s'est peu à peu familiarisé avec les principes thérapeutiques formulés par Malgaigne.

La vulgarisation n'est peut-être pas encore suffisante, et, dans le chapitre consacré à l'ankylose, nos livres classiques principaux se bornent à une courte mention sur les raideurs. D'autre part, les leçons de Malgaigne ne présentent pas un tableau d'ensemble ; c'est à propos de chaque articulation en particulier que les faits relatifs aux raideurs de cette articulation sont passés en revue. Il ne sera donc peut-être pas inutile de tracer une description générale. C'est ce que nous allons tâcher de faire, d'après une leçon récente du professeur Guyon.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut en préciser les termes, c'est-à-dire définir l'ankylose, et établir en quel rang on doit y placer les raideurs.

L'ankylose est une terminaison à laquelle peuvent aboutir à peu près toutes les maladies articulaires Elle en est même, souvent, un mode de guérison et l'on peut la comparer à une cicatrice ; mais il y a des ankyloses vicieuses, tout comme il y a des cicatrices vicieuses ; et c'est une des conditions dans lesquelles le chirurgien est appelé à intervenir. Il est encore un point sur lequel il convient d'insister : l'ankylose est une terminaison, elle n'est établie que du jour où l'arthrite est guérie.

On définira donc l'ankylose : un état pathologique permanent des articulations mobiles, qui est consécutif à une maladie articulaire guérie et qui diminue mécaniquement l'étendue des mouvements naturels, ou les empêche complètement.

Digitized by Google

On le voit, les degrés sont nombreux, de la simple restriction à l'abolition complète des mouvements. Il est indispensable d'en tenir compte dans une classification pratique.

Depuis longtemps déjà on a voulu diviser les ankyloses en fausses et vraies, suivant que les mouvements sont, ou non, en partie conservés. Ces termes sont défectueux, car il n'y a pas de fausses ankyloses : il y a des limitations plus ou moins importantes des mouvements, et une limitation légère, mal traitée, peut aboutir à ce que l'on appelait ankylose vraie. Mais, si ces termes doivent être abandonnés, il faut reconnaître qu'ils cherchaient à exprimer une idée parfaitement juste ; les ankyloses ne peuvent être classifiées que par la clinique. Sans doute, on a cherché à se fonder sur l'état anatomique des parties, suivant que l'ankylose est osseuse ou fibreuse : on n'a pas tardé à se convaincre qu'au triple point de vue symptomatologique, pronostique et thérapeutique, on s'expose à des déboires, si l'on se fie à cette distinction.

En réalité, et le professeur Richet y a insisté dans une thèse ancienne déjà, la seule division valable est la division clinique grossière des ankyloses en complètes et incomplètes. Aux complètes peuvent correspondre des états de services variables. La soudure pourra être fibreuse aussi bien qu'osseuse. Aux incomplètes, cela va sans dire, n'appartiennent que des néoformations fibreuses. Parmi elles cependant, la clinique exige qu'on distingue deux cas, suivant que l'ankylose est lâche ou serré.

Ces divisions seraient cependant insuffisantes si elles ne tenaient compte que de la clinique, au mépris des constatations anatomo-pathologiques. Non point qu'il faille insister sur le diagnostic des soudures fibreuses ou osseuses, mais il est indispensable de se demander en quel état se trouve la cavité séreuse de la jointure atteinte. Il y a en effet deux grandes variétés d'ankyloses : les unes sont causées par des lésions péri-articulaires ; les autres, au contraire, ont leur origine dans des soudures intra-articulaires. Aux yeux du praticien, cette notion doit tout primer, car on conçoit que le pronostic et le traitement seront tout à fait différents, suivant que la cavité articulaire sera à peu près libre ou au contraire oblitérée.

Or la classification clinique en ankyloses complètes et incomplètes, ces dernières étant serrées ou lâches, répond en même temps aux notions anatomo-pathologiques qui précèdent. Faisons abstraction de quelques exceptions, des soudures osseuses périphériques de l'arthrite sèche, des ankyloses incomplètes très anciennes et abandonnées à elles-mêmes : les ankyloses complètes sont dues à des lésions intra-articulaires. Les incomplètes lâches sont au contraire d'origine intra-articulaire. Les incomplètes serrées peuvent appartenir à l'une ou à l'autre classe, mais nous verrons qu'au point de vue thérapeutique également elles sont intermédiaires aux deux.

Digitized by Google

Nous arrivons ainsi à distinguer les ankyloses en péri-articulaires et intra-articulaires. Les premières, lorsqu'elles sont incomplètes, ce qui est à peu près constant, constituent les raideurs articulaires.

Les raideurs articulaires, nous l'avons déjà dit, ont été étudiées avec grand soin par Malgaigne, dont le seul tort a été de les qualifier de fausses ankyloses.

Leurs causes sont au nombre de deux. L'une est l'arthrite, lorsque son intensité n'est pas trop grande. L'autre est l'immobilisation prolongée. L'une et l'autre, d'ailleurs s'associent souvent. Mais l'immobilisation à elle seule suffit, à condition toutefois d'être faite en mauvaise position.

Cette distinction n'a pas toujours été nette. En 1841, Teissier père (de Lyon) a publié une étude remarquable sur les lésions engendrées dans les jointures par l'excès de repos. Epanchements de sang et de sérosité, injection de la synoviale et formation de fausses membranes, lésions des cartilages, ankyloses même, voilà tout ce que peut produire l'immobilisation prolongée. De là est venue l'ankylophobie de certains chirurgiens, pour emprunter une expression à M. Verneuil.

Mais en 1841 on en était à peine aux premières recherches de Bonnet sur l'influence de la position dans les maladies articulaires, sur l'attitude physiologique de repos. Nos connaissances se sont peu à peu perfectionnées et nous savons aujourd'hui que les articles supportent bien le repos prolongé, pourvu qu'on les immobilise en bonne position.

A tout instant le praticien trouve l'application de ces préceptes théoriques. N'a-t-il pas tous les jours à immobiliser une jointure saine? Un appareil ne fixe-t-il pas souvent la main entière alors que le mal, un panaris par exemple, n'atteint qu'un seul doigt? Le repos du membre entier n'est-il pas de règle pour la plupart des fractures? Et les fractures péri-articulaires sont encore plus dangereuses au point de vue qui nous occupe: elles se compliquent en effet volontiers d'un léger degré d'arthrite. Il en est de même pour les luxations réduites.

La nature de l'articulation immobilisée est également à prendre en considération; on n'oubliera pas que les jointures les plus serrées sont celles qui sont le plus sujettes aux raideurs, que les ginglymes surtout y sont prédisposés.

Cette simple mention des deux causes ordinaires des raideurs suffit pour faire comprendre que les lésions péri-articulaires vont être les plus importantes. On constate, en effet, que les altérations portent avant tout sur les ligaments, les tendons, les bourses séreuses, la peau même. La synoviale, sans doute, est souvent atteinte, toujours même, mais elle l'est peu, surtout dans les formes qui relèvent de la seule immobilisation en position vicieuse, et qui sont, en somme, des petites raideurs.

Digitized by Google

Tous ces tissus subissent une évolution morbide analogue : dans tous il y a raccourcissement, rigidité plus ou moins grande, dus à une transformation fibreuse cicatricielle, à une sorte de sclérose.

Les ligaments surtout sont épaissis, feutrés, principalement près de leurs insertions; les plus tendus sont ceux qui sont le plus altérés, et parmi les plus tendus, il faut citer les ligaments latéraux des ginglymes. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que les ginglymes soient le type des articulations à raideurs. Ces ligaments sont raccourcis, et les études histologiques d'Hénocque y ont révélé une infiltration plastique, qui peu à peu évolue, de façon que, abandonnée à elle-même, elle tend à remplacer le tissu fibreux du ligament normal par du tissu fibreux inodulaire; aussi bien la clinique enseigne-t-elle qu'il y a des raideurs que rien ne guérit, et dans ces conditions on n'arrive plus, le scalpel à la main, à délimiter les ligaments, fusionnés qu'ils sont dans une gangue scléreuse, qui englobe en même temps les tendons, les muscles.

Il y a en effet, état cicatriciel de tout le tissu conjonctif péri-articulaire, et de là des indurations, des brides que parfois il faudra sectionner pour obtenir le redressement. Tout comme il est quelquefois indiqué de sectionner les tendons, dont les corps musculaires ont subi, du côté où l'articulation est fléchie, un raccourcissement qui s'est souvent transformé en rétraction fibreuse. De même, il y a rétraction des plans aponévrotiques, et même de la peau. On se rend compte, en clinique, de ce raccourcissement de la peau dans les raideurs articulaires des doigts : on voit alors un segment lisse, tendu, où les plis anormaux ont disparu.

Au milieu de toutes ces altérations l'appareil de glissement est le plus souvent modifié. C'est à cet appareil qu'appartiennent, d'abord, les bourses séreuses péri-articulaires; or ces bourses sont fréquemment oblitérées. Ces lésions s'observent surtout à l'épaule, où l'on sait qu'entre le deltoïde et la capsule articulaire il y un système de bourses séreuses fort important, dont l'utilité physiologique a été bien mise en relief par les études de M. Duplay sur la péri-arthrite scapulo-humérale. Par transformation fibreuse de ce système séreux, on peut arriver à une ankylose très serrée, mais bien plus justiciable de la chirurgie que l'ankylose intra-articulaire.

Dans ce cas, il est vrai, il y a des lésions intra-articulaires, mais M. Duplay a bien fait voir qu'elles doivent être mises en second rang. Elles sont la règle, d'ailleurs dans toutes les raideurs, où la synoviale est épaissie, scléreuse comme les tissus voisins, où les surfaces articulaires n'échappent pas tout à fait au processus morbide et cela en raison non seulement de l'immobilisation, mais aussi en raison des modifications de la synoviale qui

Digitized by Google

on le sait, tient sous sa dépendance les phénomènes de la vie intra-articulaire.

Les lignes précédentes démontrent donc qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre l'expression d'ankylose péri-articulaire, et en conclure que l'intérieure de la jointure est normal. Cette intégrité heureuse de la synoviale n'est jamais absolue. Mais elle est suffisante, dans bien des cas, pour qu'on soit en droit d'espérer le retour à l'état normal, physiologiquement au moins. Ailleurs, au contraire, l'articulation est plus compromise, et l'on est sur le chemin de l'ankylose complète. La première catégorie de faits constitue les *petites raideurs* de Malgaigne; les *grandes raideurs* répondent à la deuxième.

C'est donc du degré des lésions propres de la jointure que dépend le degré de la raideur. Or le traitement ne sera efficace que si l'on fait un diagnostic précis entre les grandes et les petites raideurs. Comment donc arriver à ce diagnostic ?

Si l'on se bornait à l'examen actuel du malade, on arriverait difficilement à poser ce diagnostic, les symptômes sont en effet identiques dans les deux variétés. Il ne faut même pas croire que la limitation des mouvements soit toujours plus étroite dans les grandes raideurs que dans les petites. Dans les deux, les mouvements spontanés sont à peu près impossibles et l'articulation malade est suppléée par ses voisines; pour l'épaule, par exemple les mouvements du bras provoquent le bousculement immédiat de l'omoplate. Les mouvements communiqués sont possibles dans une certaine étendue, et la mobilisation indolente jusque-là, s'accompagne, à partir de ce point, d'une douleur extrêment vive, arrachant des cris au malade, pouvant provoquer le syncope. Mais cette douleur si intense s'évanouit rapidement; au bout de quelques instants, il n'en est plus question. Cette douleur, elle aussi, est identique pour les grandes et les petites raideurs.

Le diagnostic entre les deux variétés est cependant utile pour mener à bien le traitement. Comment donc l'établir, puisque le degré des mouvements et l'intensité de la souffrance y sont impuissants ? C'est affaire à une enquête exacte sur les commémoratifs, sur la cause surtout. Et d'ailleurs les raideurs articulaires sont en cela semblables aux ankyloses intra-articulaires pour lesquelles, tous les auteurs y insistent, la notion étiologique est d'une importance capitale. On se rappellera que le dégré de la raideur est en raison directe de l'intensité de l'arthrite initiale; qu'à la simple immobilisation en mauvaise position répond la petite raideur. Mais il faut tenir compte, aussi, de la durée du mal : avec le temps, une lésion légère, une petite raideur, peut aboutir à un état incurable. Ces conséquences sont d'autant plus rapides que l'articulation est plus serrée normalement; aux doigts, par exemple, on doit s'en méfier, et dès lors s'occuper avec attention de leur mobilisation précoce lorsque pour une cause

Digitized by Google

quelconque on est conduit à les fixer dans un appareil. Si l'on oublie ces préceptes, on verra aisément les cinq doigts rester raides, infirmes, à la suite d'un panaris, qui n'a porté que sur un d'eux ; d'une fracture de l'avant-bras, qui n'en avait lésé aucun.

Le diagnostic ne sera complet que si le chirurgien détermine avec précision où en est l'arthrite. Est-elle ou non éteinte? Sans une réponse à cette question, il est impossible d'entreprendre un traitement rationel et efficace. Pour obtenir cette réponse, il suffit de soumettre la synoviale à un interrogatoire direct par des pressions localisées, et le résultat de l'enquête sera probant si les pressions sont faites aux lieux d'élection sur lesquels Malgaigne a insisté, dans les points où la séreuse est séparée du doigt par l'épaisseur minima des parties molles. Ainsi à l'épaule on appuiera dans l'interstice deltoïdien ; au coude, soit en arrière sur les côtés de l'olécrâne, soit, encore mieux, sur l'interligne huméro-radical ; à la branche, c'est contre la face antérieure du col fémoral, juste en dehors de l'artère, qu'on arrive le mieux à comprimer la synoviale. Si la pression ainsi faite avec précision est indolente, on peut affirmer que l'arthrite est éteinte, et l'on peut agir en conséquence.

C'est dans ces conditions qu'un traitement bien dirigé donnera souvent des succès remarquables. Si en effet une raideur abandonnée à elle-même est d'un pronostic sérieux, une raideur traitée avec attention et à temps est d'un pronostic bénin: on est en droit d'affirmer que le pronostic dépend absolument du chirurgien. Mais il faut reconnaître que le praticien a trop souvent tendance à négliger cette gêne fonctionnelle, d'abord médiocre dans bien des cas. Au sortir d'un appareil pour une fracture du radius, par exemple, il est vulgaire que la main entière soit quelque peu rouillée ; mais, quand le malade s'en plaint à son médecin, la réponse est trop souvent: Cela ne sera rien. Et avec le temps, qui devait, disait-on, arranger les choses, l'ankylose s'aggrave trop souvent, au lieu de rétrocéder; la gêne se transforme en infirmité sérieuse.—(*A suivre*).

Incompatibilité de quelques antiseptiques.—Les antiseptiques ci-dessous se décomposant dès qu'on les mélange ensemble, il est préférable de n'employer jamais simultanément des antiseptiques mis côte à côte, à savoir:

Sublimé et iode ;—sublimé et savon ;—acide phénique et iode ; acide phénique et permanganate de potasse ;—iode et savon ; —acide salicylique et permanganate de potasse ;—permanganate de potasse et huile ;—savon et glycérine.—*Lyon médical.*

Opération de Phelps.—Clinique de M. le Dr. Kirmisson à l'Hôtel Dieu.—Le traitement du pied bot congénital a de tout temps attiré l'attention des chirurgiens, qui, par toutes les méthodes de

Digitized by Google

traitement, se sont efforcés de remédier à cette terrible difformité. Aussi les procédés se sont-ils multipliés en suivant en quelque sorte l'évolution pathogénique de cette affection. Comme l'a fait remarquer, dans deux récentes leçons, M. Kirmisson, chargé du cours de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, les orthopédistes anciens mettaient tout sur le compte des tendons et la ténotomie était alors la seule opération en faveur. Plus récemment, ce sont les os qui ont été incriminés et les tarsectomies, les tarsotomies antérieures ou postérieures se sont répandues dans la pratique chirurgicale, peut-être au détriment des procédés orthopédiques, et sans donner toujours le résultat qu'on en attendait. Il est bien certain qu'il existe des déformations osseuses, et notamment une inclinaison du col de l'astragale avec saillie de la tête de cet os qui nécessitent une résection osseuse; mais dans bien des cas, et particulièrement chez les enfants, cette déformation n'est pas assez caractérisée pour empêcher le redressement, et ce sont les parties molles de la partie interne du pied qui opposent le plus grand obstacle à la réduction. Si on examine la face plantaire d'un tout jeune sujet atteint de pied bot varus équin, on voie au niveau de l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde un sillon angulaire et profond qui dénote des adhérences entre les parties profondes et les parties superficielles; si on fait alors des mouvements pour mettre le pied dans la rectitude, on voit tous les tissus du bord plantaire se tendre et pâlir sous les tractions comme s'ils étaient prêts à se rompre. Peau, tissu cellulaire, aponévrose plantaire, ligaments sont soudés, adhérents entre eux et formant un faisceau de parties rétractées qui maintient le pied dans son attitude vicieuse.

M. Kirmisson s'est attaché à faire ressortir ce point particulier et l'a démontré sur trois petits malades traités dans son service. Il a même insisté sur l'efficacité du massage et des manipulations qui permettent de ne pas avoir recours à une opération sanglante quand il s'agit d'un enfant qui vous est amené immédiatement après sa naissance. Les manœuvres de redressement commencées dès la fin du premier mois, combinées avec le port de petites gouttières en gutta-percha, suffisent pour amener en dix ou douze semaines une amélioration considérable ainsi que cela est arrivé pour le premier enfant, qui, atteint d'un varus équin double très prononcé, avait au bout de deux mois de traitement le pied presque dans l'axe de la jambe. Mais chez un enfant plus âgé, qui a fait des tentatives de marche, chez lequel le poids du corps de l'enfant a augmenté la difformité, et dont les tissus sont beaucoup moins souples, les manipulations ne peuvent suffire. Force est alors de recourir à une opération sanglante, qui devra être proportionnée à l'étendue de la déformation. Il faudra, dans certain cas, pratiquer une ou plusieurs tétonomies; dans d'autres, faire suivre ces sections tendineuses d'une ré-section osseuse, ou mieux d'une opération ayant pour but, tout en coupant les parties molles,

Digitized by Google

d'ouvrir par la même incision une articulation qui permettra par l'écartement des surfaces articulaires de remettre le pied dans une bonne attitude. C'est ce qu'a réalisé un élève de Sayre, le docteur Phelps, dans une opération que nous décrirons tout à l'heure et qui a déjà été pratiquée quatre fois par M. Kirmisson avec les meilleurs résultats.

Il s'agissait dans ces différentes observations de pieds bots congénitaux (difformité dont nous voulons seulement nous occuper pour le moment) qui avaient subi, à l'exception d'un seul, l'extirpation de l'astragale. Cette ablation osseuse avait, il faut le dire, donné chez ces jeunes enfants des résultats très médiocres, ce qui tient à deux causes principales qui ont été mises en relief par M. Kirmisson dans plusieurs leçons, et qui sont les suivantes : la non-efficacité d'une opération quelconque dans la cure d'une difformité, si l'intervention n'est pas suivie d'un traitement méthodique par les appareils et la non-utilité de l'extirpation complète de l'astragale dans les pieds bots varus équins congénitaux.

L'opération de Phelps est surtout connue depuis le congrès de Copenhague (1884) dans lequel son auteur en a présenté dix-huit observations. Elle a fait fortune en Amérique, en Allemagne, et à Copenhague où Lévy a obtenu neuf succès ; mais elle n'avait pas été pratiquée en France ou du moins il n'y en a pas encore eu avant celle du docteur Kirmission une seule observation de publiée. Elle a pour but de sectionner à ciel ouvert les parties molles et d'ouvrir l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Pour arriver à ce résultat, on pratique au niveau de l'interligne articulaire cité plus haut et correspondant à la coudure angulaire du pied et à un sillon très prononcé chez les jeunes sujets, une incision verticale de trois à quatre centimètres qui a l'étendue de toute l'épaisseur au bord interne du pied. Le bistouri coupe successivement la peau, l'aponévrose plantaire, les tendons des jambiers et les ligaments de l'articulation astralago-scaphoïdienne. Cette section se pratique facilement, sans déterminer d'hémorrhagie, si ce n'est un écoulement sanguin insignifiant par une très petite collatérale de la plantaire interne. Cela fait, on redresse le pied qui se laisse aisément replacer dans une bonne attitude.

Phelps n'est du reste pas exclusif et dans les cas extrêmes où cette incision ne pourrait suffire, il recommande, comme l'a fait une fois M. Kirmisson, de pratiquer une tarsectomie externe, d'enlever un coin du massif osseux du côté opposé ; ce qui permet alors aux surfaces articulaires de l'astragale et du scaphoïde de se séparer par leurs bords internes en bâillant et au pied de se remettre dans son axe antéro-postérieur. Cette pratique est tout à fait exceptionnelle et le simple écartement en forme de coin que permettent l'incision verticale et l'ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne doit suffire dans presque tous les cas.

On tamponne alors la plaie avec de la gaze iodoformée et on

Digitized by Google

applique un appareil plâtré bien fait, maintenant le pied dans la rectitude pour redresser définitivement l'attitude vicieuse. Il est bien entendu que l'équinisme, s'il existe, devra être corrigé par la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

Les suites de cette opération sont absolument simples, tellement simples même que l'enfant peut quitter l'hôpital dans les bras de sa mère pour retourner chez lui et même partir pour la province comme il nous a été possible de le constater.

Au bout de vingt jours ou un mois, on enlève la gouttière plâtrée avec le premier pansement, et l'on trouve la plaie complètement ou à peu près cicatrisée, le pied étant dans une attitude parfaite. L'espace libre laissé par l'écartement des surfaces articulaires s'est comblé et il sera intéressant de voir la transformation que subiront plus tard ces tissus de nouvelle formation, et de constater s'il y a de ce côté une production soit cartilagineuse, soit osseuse.

Dans les quatre opérations pratiquées par M. Kirmission les suites ont toujours été extrêmement simples. L'enfant n'a pas souffert un seul moment. Ajoutons que nous avons suivi les petits malades, dont l'un est encore dans le service en observation, et qui a été opéré le 19 février 1889, il y a parconséquent plus de trois mois. Nous avons vu il y a quelques jours un autre petit garçon opéré le 7 mars. Ces deux enfants ont aujourd'hui le pied dans une attitude parfaite.—*Gazette hebdomadaire.*

Traitement de l'hydrocèle sans injection iodée par ponction et application de collodion.—M. le Dr Leroy, à l'hôpital civil de Constantine, voulant avant de tenter la cure radicale d'une hydrocèle, s'assurer de la nature du liquide, fit une ponction exploratrice au moyen d'une seringue Pravaz et retira ainsi trois grammes de liquide. A son grand étonnement, il constata deux jours après une diminution notable de l'hydrocèle. De nouveaux essais lui donnèrent d'assez bons résultats.

Voici la technique de ce nouveau mode de traitement : après avoir retiré, au moyen d'une seringue de Pravaz, ou de l'appareil Dieulafoy, le $\frac{1}{4}$ ou le $\frac{1}{3}$ du liquide contenu dans l'hydrocèle, on enduit tout le scrotum d'une couche assez épaisse de collodion non riciné que l'on renouvelle toutes les 24 ou 48 heures. Par ce procédé on aurait constaté que la moyenne du traitement nécessaire à la guérison était de 12 à 15 jours. M. Broquet, interne du service, rapporte trois observations à l'appui du nouveau procédé.—*Paris médical.*

Digitized by Google

OBSTÉTRIQUE GYNÉCOLOGIE.

De la grossesse extra-utérine, par MATTHEWS DUNCAN.—Dans cette instructive leçon, l'auteur fait ressortir les points encore inconnus et encore discutés aussi bien dans l'anatomie pathologique que dans le traitement de la grossesse extra-utérine.

A côté de la grossesse extra-utérine proprement dit : interstitielle, tubaire, ovarienne, abdominale, il place la grossesse qui évolue dans une corne rudimentaire de l'utérus ; au point de vue de la marche, cette grossesse ne diffère guère des autres variétés de grossesses ectopiques. Ordinairement la variété de grossesse extra-utérine se modifie avec les progrès du développement ; une grossesse interstitielle devient tubaire, une grossesse tubaire devient abdominale... et le fœtus peut continuer à vivre, mais à une condition c'est que le placenta ne se décolle pas.

Le placenta ne peut pas se transplanter, si on le trouve à l'examen adhérent en un point différent du lieu où il s'insérait pendant son développement, c'est qu'il y a eu adhérence secondaire, comme pour un tissu quelconque, mais il n'y a pas eu rétablissement de la circulation dans ce placenta.

Les symptômes et les difficultés du diagnostic sont parfaitement exposés. L'auteur montre que souvent des phénomènes d'hémorrhagie interne sont les premiers signes qui font soupçonner l'existence d'une grossesse extra-utérine. Au moment de l'épanchement de sang dans le péritoine, les signes physiques restent muets, il faut attendre trente-six heures ou deux jours pour constater dans le cul-de-sac de Douglas la tumeur caractéristique de l'hématocèle rétro-utérine. L'hémorrhagie intra-péritonéale est un accident terrible, mais qui est loin d'être toujours mortel. Duncan cite plusieurs cas à l'appui de sa thèse.

Un grand nombre de grossesses extra-utérines ne réclament aucun traitement. Ainsi, bien souvent la grossesse est inconnue, le fœtus meurt dans les premières semaines de la gestation, l'œuf s'atrophie et ce n'est que plus tard, à un examen clinique ou à l'autopsie, qu'on le trouve. D'autres fois, le kyste s'ouvre spontanément à la paroi abdominale ou dans le rectum : presque rien à faire. La mort du fœtus arrête ordinairement l'accroissement du kyste fœtal : il y a cependant des exceptions et on voit quelquefois le placenta beaucoup grossir quand le fœtus a succombé.

Les trois méthodes destinées à provoquer la mort du fœtus : ponction, injection de morphine, électricité, sont rejetées par Dun-

Digitized by Google

can qui y a attaché peu de valeur ; aucun de ces moyens n'est infaillible, dit-il.

L'extirpation du sac par la laparotomie est le procédé le plus employé. Quand le fœtus est encore vivant, on peut la pratiquer pour conserver l'enfant, mais il faut se garder de décoller le placenta par crainte de l'hémorrhagie contre laquelle on serait presque impuissant. Quand l'enfant est mort, l'hémorrhagie, encore possible, est moins à redouter, et d'autant moins que la mort du fœtus remonte à plus de semaines.

Quand, dans le cours de la grossesse, se produisent des accidents d'hémorrhagie interne, de collapsus, faut-il opérer ? La laparotomie est recommandée, mais rarement faite. C'est qu'on est peu hardi quand on n'est pas certain du diagnostic.

L'opération pratiquée pendant le collapsus n'est ordinairement pas suivie de succès, mieux vaudrait attendre que le collapsus ait disparu.

D'ailleurs, on ne sait pas toujours s'il y a grossesse extra-utérine. Duncan rapporte qu'il refusa d'opérer une femme qui présentait des signes de grossesse au début et chez laquelle apparurent subitement les signes d'une hématocèle avec profond collapsus. Un œuf de six semaines fut expulsé peu après de l'utérus, la femme mourut et on trouva à l'autopsie une péritonite purulente et une perforation de l'estomac.

Il y a encore beaucoup à faire avant de pouvoir fixer des règles absolues de traitement.—*Archives de tocologie.*

Rétention des débris de membranes et de placenta après la fausse couche et l'accouchement, par M. Fraipont.—Cette rétention est plus fréquente après l'avortement qu'après l'accouchement à terme. Elle donne lieu à deux ordres de complications: les unes immédiates, les autres tardives. L'hémorrhagie et la septicémie sont les premières en date et nécessitent une intervention active.

Les injections vaginales préventives empêchent la septicémie de se produire, d'autant plus facilement que dans l'utérus sain, même contenant des débris d'œuf, il n'y a pas de micro-organisme, si on n'en a pas introduit pendant une intervention ; on trouve bien quelques microbes au-dessous de l'orifice interne, mais ils sont atténués et non pathogènes.

L'hémorrhagie s'évite moins aisément; elle est fatale si le placenta en tout ou partie se décolle et s'il n'est pas immédiatement expulsé l'hémorrhagie est alors très abondante; d'autrefois l'hémorrhagie est de moyenne intensité, mais persiste pendant des semaines entières, s'il n'y a dans l'utérus que quelques fragments de cotylédons ou de membranes. Il faut donc intervenir, les injections chaudes, le repos au lit ne suffisent pas ordinairement à guérir le mal. Et en admettant même que l'hémorrhagie finisse

Digitized by Google

par s'arrêter, on ne pourrait empêcher la production des complications suivantes, qu'on observe d'ailleurs même dans les cas où aucun symptôme alarmant ne s'était produit après l'avortement. On voit, en effet, les débris retenus dans l'utérus s'organiser, faire corps avec la muqueuse et se transformer en polypes dits fibrineux, ou placentaires ; ou bien encore l'utérus reste gros, mou, gorgé de sang, la muqueuse se boursouffle et il se produit une endométrite hyperplasique, sans compter les déplacements utérins... Accompagnement presque forcé de cette métrite.

L'intervention que Fraipont recommande est radicale : elle consiste dans l'ablation avec le doigt ou la curette des morceaux de placenta et des membranes retenus dans l'utérus. La dilatation utérine avec la lumière est presque toujours nécessaire comme temps préparatoire du curettage. Si la dilatation est suffisante on extrait avec le doigt les morceaux de placenta et on termine le nettoyage de la muqueuse avec la curette ; on se sert seulement de cette dernière, si les masses retenues sont peu volumineuses. Une injection intra-utérine, un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée terminent l'opération. On éviterait, en agissant ainsi, certaines complications redoutables de la fausse couche, et on s'opposerait à l'instauration d'un grand nombre de métrites presque toutes étant d'origine puerpérale.—*Archives de tocologie.*

Avortement, *emploi de l'électricité, au lieu de la curette, pour éliminer les fragments de germe.*—C'est le Dr H. Fry qui recommande ce moyen. Il a recours au courant faradique ; quant aux anciens, il les attaque par le courant continu.

Dans cette dernière opération, le pôle positif est introduit dans l'utérus au moyen d'une sonde utérine, et le pôle négatif est appliqué sur le bas-ventre, par un réseau métallique recouvert d'ouate dégraissée (ouate à pansement).

La séance dure six à huit minutes et a lieu tous les deux jours. On commence par un courant de 60 milliampères d'intensité, que l'on augmente à chaque séance de 10 milliampères, si la femme peut le supporter. Le courant continu agit dans ce cas en détruisant la vitalité des fragments de l'œuf, en y coagulant le sang (comme hémostatique, par conséquent) ; enfin comme désinfectant, car tout le monde sait qu'il se fait au pôle positif un dégagement d'oxygène qui est un puissant agent de désinfection.

Le courant induit ou faradique, que l'on utilise lorsque les restes sont encore frais, agit comme excitant de contractions utérines et prévient ainsi la subinvolution.—*Gazette de gynécologie.*

Le massage de l'uterus, par Norstrom.—Il est depuis quelque temps beaucoup question du massage dans les affections articulaires de toutes sortes, dans les fractures, etc. Pour être moins connu, le massage gynécologique n'en est pas moins pratiqué par

Digitized by Google

quelques médecins et, assurent-ils, avec succès. C'est le résultat de son expérience que publie Norström dans un ouvrage de vulgarisation. Il a appris le massage de l'utérus à Stockholm chez Thure Brandt, empirique qui en obtenait de brillants résultats. Puis de retour à Paris il y a eu recours dans un grand nombre d'affections des organes génitaux de la femme. Dans ce premier livre il ne décrit que le massage de l'utérus, réservant pour des publications ultérieures le massage des annexes de l'utérus.

Le massage ne doit s'appliquer qu'aux formes subaiguës ou chroniques des affections de l'utérus. Jamais on n'y a recours pendant les périodes aiguës. En dehors des néoplasies, les affections chroniques de l'utérus se réduisent à la métrite parenchymateuse et à la métrite fongueuse hémorrhagique, accompagnées ou non de déviations de l'utérus, de sténose des orifices... Comme on le voit, Norström simplifie les classifications et adopte une division commode au point de vue thérapeutique.

La métrite parenchymateuse, quels que soient les symptômes observés, s'accompagne d'une stase sanguine veineuse avec sudation d'abord, organisation de l'exsudat ensuite, et terminaison par sclérose quand la maladie est de date éloignée. Qu'après cela il y ait rétroversion, rétroflexion....ces déviations, qui sont simplement l'effet de la maladie, n'en aggravent pas l'intensité et ne méritent guère au point de vue fonctionnel, d'attirer l'attention. Corrigez une déviation, dit Norström, sans soigner la métrite, vous n'aurez aucun amendement des symptômes ; guérissez la métrite sans toucher à la déviation et tous les accidents ressentis par la malade disparaîtront bien que l'utérus n'ait pas repris une position plus physiologique. L'essentiel dans la métrite parenchymateuse c'est la stase veineuse : le massage chasse le sang des vaisseaux, active la circulation, fait contracter la musculaire utérine, lui donne un tonus qui persiste. Le massage est donc théoriquement indiqué, les résultats publiés par Norström lui semblent tout en faveur de son procédé. Après vingt, trente, quarante séances de massage les écoulemenss et les douleurs disparaissent, les malades peuvent vaquer à leurs occupations..... Souvent la stérilité disparaît. S'il y a des flexions utérines elles peuvent persister sans inconvénient ; ordinairement le massage les corrige totalement ou en partie ; les pessaires et les ceintures deviennent inutiles : Norström les repousse.

La dysménorrhée sous toutes ses formes, causée par la métrite fait le sujet d'un long chapitre ; le massage a toujours réussi, dans les cas cités par l'auteur, à faire disparaître les phénomènes douloureux. Même résultat satisfaisant dans l'endométrite fougueuse hémorrhagique ; le massage ne fait évidemment pas disparaître les fongosités, mais il en modifie la circulation de telle sorte que les hémorrhagies ne reparaissent plus. Les résultats sont peut-être moins évidents ici que dans la métrite parenchymateuse. Pour

Digitized by Google

mieux faire accepter son traitement Norström ne craint pas de faire le procès de la curette en rééditant les griefs accumulés contre l'instrument de Récamier depuis cinquante ans ; je remarquerai simplement que la curette bien maniée, habilement maniée, par un gynécologue connaissant bien son métier, et opérant aseptiquement, ne cause à l'heure qu'il est aucun désastre. On lit sans cesse, par exemple, que la curette perfore l'utérus. Or combien de cas en cite-t-on ? deux ou trois devenus classiques et fabriqués tout exprès. En vérité c'est chose insignifiante en regard des milliers de curettages de l'utérus pratiqués tous les ans sans le moindre inconvénient et avec le plus grand succès.

L'auteur passe rapidement sur le massage dans l'évolution utérine incomplète, dans les fibromes, les polypes et le prolapsus de l'utérus. Puis le manuel opératoire qui est fort simple. On fait une séance tous les jours pendant la période intermenstruelle, vingt-cinq à trente séances suffisent ordinairement dans les métrites d'intensité moyenne. Si la maladie n'est pas encore guérie on recommencera pendant la période intermenstruelle suivante. Le repos n'est pas nécessaire pendant le traitement ; les femmes peuvent, sans se fatigueur toutefois, vaquer à leurs occupations.

Une grande persévérance est nécessaire de la part du médecin et de la part de la patiente : c'est l'écueil auquel le massage gynécologique se heurtera peut-être surtout, quand il se vulgarisera, Norström le prévoit déjà.

En tous cas c'est une méthode à essayer ; point dangereuse, elle ne paraît pas répugnante aux esprits non prévenus. Le massage est appelé sans doute à rendre des services, surtout dans les affections chroniques invétérées de l'utérus, contre lesquelles, les méthodes actuelles de traitement restent peu efficaces.—*Archives de tocologie.*

Traitement de la métrorrhagie, par le Dr. Lutaud.—Les diverses formes de métrorrhagies sont combattues d'une façon très efficace par le chlorhydrate d'ergotinine cristallisé qui remplace avantageusement les préparations d'ergotine et d'ergotinine proposées jusqu'à ce jour :

Voici la formule proposée par le Dr. Lutaud :

Chlorhydrate d'ergotinine.....	1 cent.
Eau distillée.....	10 gr.

Pour injections hypodermiques, une demi-seringue toutes les deux heures jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

La solution doit être renfermée dans un flacon jaune et ne se conserve guère que pendant quinze jours.

Le chlorhydrate d'ergotinine sera employé dans les hémorrhagies post partum où son action est immédiate.—*Praticien.*

Digitized by Google

Des ulcérations du col de l'utérus.—M. Bouilly, dans une leçon très intéressante sur ce sujet, cherche à établir la pathogénie de ces lésions, et insiste sur les conditions particulières qui les ont produites et qui les entretiennent. Limitant son étude aux ulcérations simples, c'est-à dire sans complication d'un néoplasme sous-jacent ou d'une infection tuberculeuse, il montre que toutes les variétés d'aspect soit du col, soit de son ulcération relèvent toutes de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir : la *déchirure de l'orifice utérin et la métrite.*

L'ulcération *vraie* doit être soigneusement distinguée de l'ulcération superficielle, de *l'exulcération* qui occupe les bords de l'orifice du museau de tanche *non déchiré* et peut même empiéter sur la portion vaginale du col. Cette exulcération simple, desquamation de l'épithélium *pavimenteux* de la muqueuse *vaginale* du col, semble due au contact irritant des liquides sécrétés par l'utérus et surtout par le vagin; sa présence n'entraîne ni les mêmes accidents, ni les mêmes indications que *l'ulcération vraie du col.*

Celle-ci au contraire part de la muqueuse *utérine*, empiète à l'extérieur, s'y étale et semble y être née, alors qu'en réalité elle n'existe que sur la *muqueuse intracervicale.* Cette ulcération, c'est la muqueuse du col *extérieure*, gonflée, proliférante et ulcérée; c'est l'endométrite du col devenue extérieure; c'est *l'ectropion* de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré ou c'est la muqueuse vue par l'écartement des lèvres du col, s'il n'y a pas d'ectropion. Inflammation chronique de la muqueuse, hypertrophie de cette muqueuse et des tissus sous-jacents glandes et tissu cellulaire, renversement à l'extérieur de tous ces tissus trop à l'étroit, tel est, d'après M. Bouilly, l'enchaînement des phénomènes.

Cet aspect particulier du col ulcéré (fente transversale circonscrite par des surfaces muqueuses ulcérées et plus ou moins renversées) n'existe *jamais* chez les femmes enceintes n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche; la déchirure plus ou moins grande de la parturition est un des éléments indispensables à la production de cet état.

Pour que l'ulcération se produise sur un col déchiré, il est nécessaire qu'il y ait de l'endométrite qui s'accompagne des symptômes ordinaires; l'ulcération par elle-même ne cause pas de troubles particuliers; dans quelques cas seulement, elle est le siège d'une sensibilité spéciale sur laquelle Emmet a beaucoup insisté, sensibilité siégeant à l'un des angles ou aux deux angles de la déchirure et capable de donner lieu à des phénomènes réflexes variés. De plus, l'ulcération, une fois créée, peut devenir par elle-même la source d'accidents locaux et généraux variés, entretenir et aggraver les phénomènes inflammatoires.

Aussi, dans le traitement de l'ulcération, faut-il tenir un large compte de cette double condition pathogénique de l'endométrite, il faut pratiquer (opération d'Emmet) la suture des lèvres de la

Digitized by Google

déchirure aussi bien sur les côtés que sur leur bord antérieur. Les résultats de cette opération sont généralement excellents : le col reprend sa forme ; à la muqueuse cervicale ulcérée se substitue la muqueuse vaginale saine ; le col conique à base inférieure est remplacé par un cône à base supérieure. Si l'opération a été faite en temps opportun, si elle s'accompagne d'un traitement antérieur ou contemporain de l'endométrite concomitante, au bout de peu de temps, le col subit une telle transformation dans sa forme et son volume, qu'il est impossible de reconnaître l'ancien état pathologique et de méconnaître l'évident bénéfice de l'intervention.—*Concours médical.*

PÆDIATRIE.

Traitement de la diphthérie.—Clinique de M. Hutinel à l'hôpital des Enfants-Malades.—La diphthérie présente des accidents locaux caractérisés par les fausses membranes qui deviennent bientôt fétides, gênent par leur propagation la déglutition, le passage de l'air et peuvent amener une suffocation mécanique ; elle présente en outre des accidents généraux constitués par l'affaiblissement, un aspect plombé caractéristique, la tuméfaction des ganglions du cou entourés d'un œdème donnant à la surface l'aspect *proconsulaire.* La diphthérie n'est pas une maladie analogue à la variole, à la syphilis, où la pustule et la roséole ne sont que la manifestation d'une infection générale ; la diphthérie est une maladie primitivement locale ; plus les fausses membranes seront étendues et nombreuses, plus les produits septiques engendrés par le bacille de Klebs augmenteront et plus les accidents toxiques seront à craindre. Le but des médecins est donc d'arrêter le développement des fausses membranes, d'empêcher l'envahissement du pharynx, du nez, du larynx et de s'opposer ainsi à la pullulation du micro-organisme.

Peut-on faire la prophylaxie de la diphthérie ? Le bacille diphthérique ne naît pas spontanément, il y a cependant quelquefois des cas de diphthérie dont on ne peut s'expliquer l'origine et dans lesquels on ne trouve aucune trace de contagion, mais c'est que les origines de cette maladie semblent être multiples et on voit par exemple plusieurs cas d'angine diphthérique coïncidant avec des épidémies de diphthérie chez les gallinacés (Jacobi). De plus Roux a trouvé le bacille dans quelques cas de ces simples angines folliculaires de l'adulte et de l'enfant appelées herpétiques, et qui sont véritablement herpétiques ; il y a aussi des formes frustes dans lesquelles on aperçoit au fond de la gorge des petits points blancs sur lesquels on n'est pas toujours fixé ; enfin on a trouvé

Digitized by Google

dans la bouche saine le bacille de Klebs. D'après ces considérations vous voyez que le germe de la maladie est très répandu et que par suite la prophylaxie devient très difficile. Il ne faut pas pour cela vous croire entièrement désarmés et vous abstenir de toute mesure prophylactique. Lorsqu'un cas de diphthérie se produit isolez votre malade, éloignez-en tous les enfants et rappelez-vous que la diphthérie peut se réintoxiquer pendant et à la fin de sa maladie (Jacobi). Le bacille pathogène a une vitalité très tenace, je pourrai vous citer plusieurs cas où un enfant a été atteint de la maladie dans une chambre occupée 2 et 3 ans auparavant par un diphthérique : aussi vous aurez bien soin de faire désinfecter d'une façon minutieuse la chambre et tous les objets de literie et de vêtements. L'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes du pharynx, le coryza chronique, prédisposent les enfants à la maladie ; en temps d'épidemie vous devrez surveiller ces causes prédisposantes et si les chances de contagion vous paraissent trop grandes pour un enfant appelé à vivre dans un milieu épidémique, vous essayerez d'atrophier ses amygdales et vous serez même autorisés quelquefois à pratiquer l'amygdalotomie.

J'arrive au traitement : je ne vous parlerai pas de la trachéotomie, je vous exposerai le traitement de la diphthérie en général, c'est-à-dire le traitement des fausses membranes et de l'intoxication qu'elles causent. A côté des diphthéries graves tuant en quelques jours, se placent les diphthéries extrêmement bénignes avec quelques pellicules, les diphthéries de moyenne intensité et les diphthéries abortives (diphthéroïdes de Lasègue). Ferons-nous à part le traitement de ces diverses formes de diphthérie ? Evidemment non. Il faut se méfier des cas où apparaissent de toutes petites fausses membranes qui rendent le diagnostic incertain ; ces angines légères prennent souvent au bout de quelques jours un caractère de gravité et tuent rapidement quelquefois : aussi, toutes les fois qu'un enfant a une angine d'apparence bénigne avec du blanc dans la gorge, traitez-la énergiquement comme si vous étiez en présence d'une angine grave.

Par quels moyens traiterez-vous les fausses membranes ? Et d'abord avons-nous un médicament spécifique qui empêche leur développement et la pullulation du bacille ? Eh bien ! non, nous ne le possédons pas, malgré les nombreuses recherches qui ont été faites dans cette voie. A l'époque où l'on croyait que la diphthérie était une maladie inflammatoire avec catarrhe, on employait le sulfure de potasse, le bronze, l'iode, puis les balsamiques (Trideau), le copahu et surtout le cubèbe (Bergeron). D'autres médecins ont essayé de détacher les fausses membranes au moyen de vomitifs : émétique, ipeca, kermès ; médication détestable, parce qu'elle débilite profondément le malade. Lorsque les théories microbiennes ont vu le jour, on a essayé les divers antiseptiques

Digitized by Google

connus : phénol, acide salicylique, salicylates, acide benzoïque, benzoates, acide borique, etc., et chacun d'eux a fait merveille entre les mains de l'auteur qui l'a préconisé et expérimenté. Aujourd'hui nous ne croyons plus à l'efficacité de ces médicaments soi-disant spécifiques. MM. Chantemesse et Vidal se sont livrés à des recherches expérimentales sur l'action des antiseptiques, sur la vitalité du bacille de Klebs ; voici quelle a été leur manuel opératoire : des fils de soie stérilisés ont été immergés dans une culture de bacilles diphthériques, puis séchés à l'étuve, ils étaient alors plongés dans divers liquides antiseptiques pendant une, deux, trois minutes, et enfin inoculés dans des tubes de bouillon pur et mis à l'etuve. L'eau de chaux, le tannin en solution aqueuse 2 p. 100, l'acide phénique à 1 p. 100, l'acide borique à 4 p. 100, le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc à ½ p. 100, l'eau naphtolée, l'eau salolée, l'acide salicylique en solution alcoolique a 5p. 100, le perchlorure de fer en solution aqueuse à 1 p 100, le biodure de mercure à ½ p. 1000 n'ont donné aucun résultat après avoir agi pendant trois minutes ; le liquide du docteur Soulez :

Acide phénique.....	5	grammes.
Camphre.....	20	—
Huile d'olive.....	30	—

a une action efficace, il retarde la culture, mais il ne l'empêche pas, même après trois minutes de contract ; le naphtol camphré a donné les résultats un peu meilleurs, mais encore insuffisants ; voici le mélange auquel Chantemesee et Vidal donnent la préférence :

Acide phénique.....	5	gremmes.
Camphre.....	20	—
Glycérine	25	—

Comme vous le voyez, ces expériences n'ont donné aucun résultat satisfaisant, et le bacille a toujours résisté plus ou moins aux divers antiseptiques dont je viens de vous parler.

Que nous apprend la clinique ? On vient à bout très facilement des fausses membranes qui se développent sur le tégument externe, sur des plaques d'impetigo, sur les plaies, mais il n'en est pas de même des fausses membranes cachées dans le pharynx, dans le larynx et dans le nez, et ce sont celles-ci qui sont dangereuses car elles donnent naissance à des produits toxiques. Bretonneau, Trousseau, les catérisaient avec de l'acide chlorhydrique, puis avec de l'acide sulfurique, de l'acide nitrique, c'était un procédé barbare et inefficace. On a employé les alcalins : la soude caustique (Roger) pour dissoudre les fausses membranes : le perchlorure de fer et la glycérine parties égales ; le jus de citron qu'il ne faut pas trop dédaigner parce qu'il peut rendre des services, il est en effet

Digitized by Google

acide et caustique ; l'acide tartrique; le nitrate d'argent; le sublimé en solution faible et forte, ou à l'état naissant, en badigeonnant le fond de la gorge avec une solution de chlorure de sodium puis en y insufflant du calomel; le cyanure de mercure; l'iodol qui a donné quelques bons résultats; l'iodoforme qui est tout a fait inactif; l'acide salicylique ; l'huile de pétrole (Archambault) avec quelques résultats; l'eau oxygénée; l'acide borique. Puis on a essayé de dissoudre les fausse membranes par l'eau de chaux qui irrite la gorge, par la papaïne. Il y a eu des succès et des échecs avec tous ces médicaments.

On est à peu près d'accord maintenant pour traiter la diphthérie de la façon suivante : d'après les données de bactériologie il faut empêcher les fausses membranes de se développer; en effet c'est là que sont accumulés les bacilles, le traitement doit donc viser directement les fausses membranes, et ce traitement c'est le sublimé dans l'alcool à 1 p. 100, ou la solution recommandée par J. Simon :

Acide salicylique..... ..... 1 gramme.
Alcool .....Q.S, pour dissoudre.
Glycérine..... .. .. 40 grammes.
Infusion d'eucalyptus.... 60 —

ou le liquide de Soulez que j'emploie de préférence. Voici comment on procède à ce traitement local : la bouche de l'enfant maintenue ouverte avec l'instrument de Saint-Germain, avec une pince armée de ouate hydrophile on nettoie la gorge, puis avec une seconde pince dont l'ouate est imbibée du collutoire on frotte les fausses membranes de façon à les détacher, sans excorier toutefois la muqueuse sous-jacente. Le liquide de Gaucher est un peu fort, il occasionne quelquefois des eschares superficielles et des brûlures; le naphtol camphré peut être employé, mais il est très douloureux.

On doit renouveler ces attouchements six fois dans le jour et trois fois dans le courant de la nuit. Si les fausses membranes sont trop épaisses, il faut en outre les toucher deux à quatre fois par jour avec perchlorure de fer et glycérine parties égales. Après le badigeonnage, il faut nettoyer la gorge soit par des gargarismes si l'enfant est grand, soit par des irrigations si l'enfant est trop jeune; ces gargarismes et ces lavages doivent être faits avec des solutions antiseptiques faibles, on a employé l'eau de chaux, la solution phéniquée 1/100 qui peut être dangereuse et donner lieu à des phénomènes d'intoxication, l'acide salicylique en solution faible qui a le grand inconvénient d'irriter la gorge et de causer même une aphonie d'assez longue durée comme je l'ai observé. J'ai essayé le biiodure de mercure et il a toujours irrité la gorge, l'eau naphtolée ne m'a donné aucun résultat, je choisis et je vous recommande la solution boriquée 4/100 : elle n'est pas caustique et elle est inno-

Digitized by Google

cente pour l'enfant qui en avale toujours un peu pendant les lavages. On a fait des inhalations antiseptiques et Renoux croit avoir eu de bons résultats en faisant évaporer par ébullition, dans la chambre du malade, de l'eau contenue dans deux casseroles dans lesquelles on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique.	280	grammes.
Acide salicylique..	56	—
Acide benzoïque.....	112	—
Alcool rectifiée.....	460	—

Je fais volontiers avec une solution saturée d'acide borique des pulvérisations dans la gorge, mais il faut rapprocher assez du malade le pulvérisateur à vapeur de façon que le jet arrive chaud dans la gorge ; ces pulvérisations répétées quatre à six fois par jour, sont très utiles surtout lorsque les fausses membranes ont dépassé le pharynx et sont inaccessibles.

Pour la diphthérie nasale, faites des irrigations avec eau boriquée, et appliquez la pommade suivante de J. Simon :

Soufre sublimé et lavé	4	grammes.
Axonge.....	30	—

Si l'engorgement ganglionnaire est très prononcé, servez-vous d'une pommade ainsi formulée :

Extrait de belladone....	3	grammes.
Iodure de potassium.....	1	—
Vaseline.....	30	—

Comme traitement général on a conseillé et je vous conseille le perchlorure de fer, une goutte toutes les deux heures, une demi-heure avant la prise du lait, parce qu'il le coagulerait ; on a beaucoup donné le chlorate de potasse et souvent on a irrité les reins et augmenté l'albumine dans les urines, il faut donc l'abandonner ; le cubèbe ne doit être prescrit que lorsque l'enfant est déjà grand. Le vrai traitement général c'est l'alimentation, et l'alimentation dans toutes ses forces : donnez surtout le lait, c'est un aliment parfait, non irritant et diurétique, donnez des crèmes au chocolat, à la vanille, etc., essayez par tous les moyens de vaincre la répulsion du petit malade. Donnez les vins d'Espagne, le vin de Champagne, l'eau-de-vie, le café, le thé.

En résumé le traitement de la diphthérie, c'est le traitement des fausses membranes : il faut les empêcher de s'étendre, de secréter eurs produits toxiques. Les lavages fréquents, la propreté constante, l'antisepsie continue de la gorge, constituent des éléments e succès auxquels on ne saurait donner une trop grande part.

Digitized by Google

Mort subite chez les enfants à la mamelle, par GRAWITZ.—L'auteur appelle l'attention des médecins sur quelques cas de mort subite survenue chez des enfants qui ne présentaient auparavant aucune maladie et qui succombent avec tous les signes de l'asphyxie. Dans le cas d'une petite fille de huit mois trouvée morte dans son berceau, une servante fut poursuivie comme ayant causé la mort par négligence. L'autopsie montra que l'enfant avait succombé à l'asphyxie et Grawitz rapporta celle-ci à la présence d'un thymus énorme qui aurait comprimé les grosses bronches et les vaisseaux. La prévenue fut acquittée en raison "du manque de preuves évidentes."

Dans un autre cas un bébé de six mois, parfaitement sain, resta tout à coup sans respiration, devint violacé, serra les poings et succomba en quelques minutes. A l'autopsie l'auteur trouva un énorme thymus avec deux grands prolongements réunis sur la ligne médiane et recouvrant la plus grande partie du sac péricardique. Il porta comme diagnostic : asphyxie par hyperplasie du thymus.—*Paris médical.*

Des indications thérapeutiques dans la rougeole.—Dans une communication sur la récente épidémie rubéolique de Naples, M. A. MONTEFRESCO fait les remarques suivantes, intéressantes au point de vue thérapeutique.

Il s'élève d'abord contre l'emploi des médications antipyrétiques, parce qu'elles sont inutiles dans la majorité des cas. On doit, écrit-il, les réserver seulement pour ceux où l'élévation thermique menace de conduire à la dégénérescence des tissus, à la myocardite et à des troubles encéphaliques.

L'importance du régime est considérable. Il recommande surtout la glycérine, préférable à l'alcool et susceptible de maintenir les forces du malade en diminuant l'excrétion de l'urée et la température. Il la prescrit sous forme de limonade et à la dose quotidienne de 20 à 30 grammes.

La plus vulgaire et la plus grave des complications, la bronchopneumonie, est justiciable de l'ipécacuanha en infusion. C'est un expectorant puissant dont on complète l'action en diminuant la toux par la teinture d'aconit. Dans la bronchite capillaire des rubéoliques, il conseille l'iodure de sodium à la dose d'un demi-gramme à titre d'eupnéique. Associé au bromure de même base, ce médicament régularise la rythme respiratoire, atténue l'encombrement bronchique et diminue la fréquence de la toux. Un remède ainsi préparé constitue donc à la fois un médicament respiratoire et un médicament sédatif.—*Archives de pathologie infantile.*

De la stérilisation du lait pour la nourriture des enfants.—Le lait de vache contient trois fois plus de caséine et moitié moins

Digitized by Google

de sucre que le lait de femme. Cette différence de composition est facile à corriger en étendant le lait de vache avec de l'eau sucrée.

Ce qui constitue le plus grave inconvénient du nourrissage au biberon, c'est que, dans ces circonstances, le lait est toujours infecté par du ferment lactique et divers autres microbes, tandis que l'enfant nourri au sein avale un lait aseptique.

Soxhlet a le premier montré les avantages qu'il y a à stériliser le lait partagé d'avance en autant de portions que l'enfant fera de repas ; mais son appareil est assez dispendieux.

James Eisenberg propose une modification qui rend le procédé pratique pour les ménages modestes. Aussitôt reçu, le lait est étendu d'eau sucrée dans la proportion convenable, puis partagé en autant de flacons que l'enfant fera de repas, soit une douzaine. Chaque flacon est bouché avec un simple tampon de ouate. Tous les flacons, supportés par un plateau en fil de fer, sont placés dans une marmite en fer battu à moitié pleine d'au. On ferme bien exactement et l'on fait bouillir l'eau pendant trente ou quarante minutes, de façon que les flacons, enveloppés par la vapeur d'eau à 100°, soient parfaitement stérilisés. On peut alors les retirer de la marmite et, après ce traitement, leur contenu peut se conserver plusieurs jours sans altération. Il est cependant bon, en été, de les placer dans un endroit frais.

Au moment de s'en servir, il suffit de remplacer le bouchon d'ouate par un ajustage de biberon ; mais il est essentiel de ne déboucher le flacon qu'au moment de s'en servir et de prendre un nouveau flacon pour chaque repas. Les flacons vides doivent naturellement être lavés à la lessive avant de servir de nouveau.—*Paris médical.*

Digitized by Google

FORMULAIRE.

Préparations de créosote.—*Keferstein.*

P.—Créosote..... 20 gouttes
Alcool..... 6 drachmes
Eau de cannelle..... 3 onces
Sirop de cannelle..... 6 drachmes
M.—*Dose :* Une cuillerée à thé trois fois par jour.

P.—Créosote..... 60 grains
Guimauve.....
Réglisse.....ãã 1½ drachme
Mucilage..... q. s.
M.—Diviser en 120 pilules et recouvrir de gélatine.—*Dose :* Une pilule trois fois par jour.

P.—Créosote..... 45 grains
Teinture de cannelle..... 1 once
M.—*Dose :* 50 gouttes trois fois par jour dans une demi-tasse de lait tiède, d'eau tiède sucrée ou du vin de Malaga.

P.—Créosote..... 20 grains
Dissoudre dans huile d'amande..... 1 once
Mucilage..... 5 drachmes
Eau..... 3 onces
Faire une émulsion et ajouter :
Teinture composée d'écorce d'orange..... 15 gouttes
Huile sucrée de menthe poivrée..... 1 drachme
M.—*Dose :* Une cuillerée à thé de deux à cinq fois par jour. Est la meilleure préparation qui convienne aux enfants.

P.—Créosote..... 30 grains
Acétate de plomb.....
Opium.....ãã 5 grains
Extrait de réglisse..... 1½ drachme
Mucilage..... q. s.
M.—Faire 50 pilules.—*Dose :* Une pilule trois fois par jour.—Conviennent dans les cas de diarrhée et de toux irritante.—*Medical Age.*

Diarrhée tuberculeuse.

P.—Acétate de morphine..... 2 grains
Acétate de plomb..... 48 "
Acide acétique dilué..... 2 drachmes
Sirop..... 4 "
Eau.....q. s. pour 3 onces
M.—*Dose :* Une cuillerée à thé.—*Medical Age.*

Digitized by Google

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, DECEMBRE 1889.

BULLETIN.

Prophylaxie et traitement de la tuberculose.

" La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes dans les villes et même dans certaines campagnes," telle est la déclaration qu'a mise en tête de ses *Instructions au public* la Commission permanente du récent Congrès pour l'étude de la tuberculose. Même pour ceux qui se refusent à admettre l'entière exactitude de cet avancé, il est avéré que la tuberculose est une des maladies contre lesquelles il importe le plus de se prémunir par tous les moyens possibles, et l'on peut dire que, de nos jours, c'est à la recherche de ces moyens ainsi qu'à celle de la nature intime de l'affection tuberculeuse qu'ont été consacrés la plupart des travaux des principales sociétés savantes du monde entier.

La prophylaxie de la tuberculose découle nécessairement de son mode de propagation et constitue le premier pas à faire en fait de traitement. Aussi les promoteurs de l Œuvre de la tuberculose ont-ils dû, tout d'abord, établir les règles sur lesquelles elle doit être basée. Ces règles, les voici telles que nous les a transmises M. Chauveau, président de la Commission permanente du Congrès de la tuberculose :

" La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe—*le bacille de Koch.* Ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voiès aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessures et d'ulcérations diverses.

" Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie ; certains états constitutionnels provenant du diabète,

Digitized by Google

de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose.

" La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation.

" Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles).

" La viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

" Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tuberculose sous toutes ses formes, doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices.

" L'allaitement par la femme saine est l'idéal.

" La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant ; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

" Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit-pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli.

" Le lait d'ânesse et du chèvre offre infiniment moins de danger à être donné non bouili.

" Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée.

" Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux, est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface : les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées sont seules sans danger.

" D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchées et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose :

" 1o Savoir que, les crachats des phtisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures ;

" 2o Etre bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous.

" Les crachoirs doivent toujours être vidés dans le feu et net-

Digitized by Google

toyés à l'eau bouillante ; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines ;

" 3o Ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux ; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants ;

" 4o Eloigner des locaux habités par les phtisiques les individus considérés comme prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc ;

" 5o Ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phtisique (linges, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux) ;

" 6o Obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, chalets ou villas occupées par les phtisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade ; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures, qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum."

Mais s'il est relativement facile d'établir les conditions dans lesquelles on doit se placer pour se prémunir contre la tuberculose, il ne l'est pas autant de combattre la maladie une fois qu'elle s'est manifestée. Ce que l'on peut dire de plus vrai à ce sujet, c'est que la thérapeutique est encore impuissante en face des ravages de cette affection.

Ce n'est pas que la science n'ait rien découvert de nouveau depuis vingt ans, au contraire ; très nombreuses ont été les méthodes préconisées, plus nombreux encore les médicaments vantés et réputés efficaces contre le bacille tuberculeux, mais l'on s'est toujours et fatalement heurté à l'impuissance du médicament à amoindrir, dans l'organisme, dans le sang ou les organes, la vitalité du microbe. Là est peut-être l'explication des nombreux échecs éprouvés par les expérimentateurs.

Au cours d'une étude à ce sujet, publiée récemment dans l'*Union médicale*, de Paris, sous la signature de Paul Chéron, nous trouvons résumées les diverses médications nouvelles de la tuberculose, lesquelles peuvent être classifiées comme suit :

1o Inhalations médicamenteuses ; 2o pulvérisations ; 3o lavements gazeux ; 4o injections ; 5o médication interne antiseptique ; 6o modificateurs du terrain ; 7o méthodes externes non médicamenteuses ; 8o médication symptomatique.

Les inhalations d'acide carbonique, d'hydrogène sulfuré, d'acide sulfureux, d'essence de térébenthine, de benzoate de soude, de subs-

Digitized by Google

tances balsamiques sous pression, d'oxygène ozoné, n'ont donné en somme que de très minces résultats. Celles à l'acide fluorhydrique n'ont guère fait mieux. Avec la plupart, on a eu des améliorations passagères, mais les améliorations persistantes n'ont pas été plus nombreuses qu'avec le simple traitement hygiénique. Le seul résultat qui a semblé propre à l'acide fluorhydrique a été l'augmentation rapide de l'appétit.

Les lavements gazeux du Dr Bergeon sont de moins en moins employés. Résultat définitif à peu près nul.

Les pulvérisations bi-iodurées de Miquel et Rueff ont produit de légères améliorations et c'est tout. Il semble nécessaire, et ce sera le point difficile, de donner aux vapeurs une pression suffisante pour qu'elles puissent aller jusqu'aux dernières ramifications bronchiques.

On a recommandé des injections hypodermiques d'eucalyptol, de phénate de camphre, et des injections intra-parenchymateuses de sublimé et de naphtol camphré. Toutes ces injections sont aujourd'hui à peu près abandonnées, même par leurs auteurs, et, conclut M. Chéron, il n'est pas probable qu'on y revienne au moins d'ici à quelque temps. Pour notre part, nous avouons n'avoir jamais bien compris comment des injections médicamenteuses dans le tissu pulmonaire pouvaient même améliorer les lésions tuberculeuses de celui ci.

Plus rationnelle, à coup sûr, est la médication interne, laquelle peut s'adresser à la fois à l'état général et à l'élément pathogène, le microbe. Parmi les médicaments nombreux recommandés en ces derniers temps contre la tuberculose, nous pouvons mentionner le calomel, l'iodure de potassium, l'homeriana, le borate d'ammoniaque, les eaux minérales naturelles.

A-t-on constaté une seule guérison, une seule amélioration permanente par ces diverses moyens? Non. A notre sens, la médication interne n'a chance de réussir que si elle peut, sinon détruire la nocivité du bacille de Koch, du moins modifier le terrain sur lequel s'est implanté ce bacille. Or, de tous les modificateurs du terrain: l'arsenic, la digitale, le koumyss, le kéfir, la suralimentation, les climats chauds et l'altitude, il n'en est aucun qui puisse mettre à son crédit autre chose que de simples améliorations passagères. L'arsenic n'est qu'un tonique général, le gavage fatigue bientôt les malades, et, à l'heure qu'il est, il y a une forte réaction contre les climats chauds.

Les médications externes non médicamenteuses réussissent-elles mieux? Les pointes de feu, comme les vésicatoires volants, n'agissent guère que sur la toux et les pleurésies circonscrites, sources fécondes de douleurs thoraciques. L'aérothérapie, surtout par les inhalations forcées d'air chaud tant recommandées par Weigert, constitue un traitement purement théorique que l'expérience n'a pas confirmé. On peut en dire autant des inhalations d'air froid.

Digitized by Google

Reste la médication symptomatique, celle à laquelle on est toujours forcé d'avoir recours, le cas échéant, et sans laquelle le praticien resterait souvent dans un véritable et réel embarras. Notons, comme nouveautés l'antipyrine et l'antifébrine recommandées contre la fièvre tuberculeuse, le sulfonal, efficace contre les sueurs nocturnes et considéré, par Bœttrich, comme l'égal de l'atropine, l'iodoforme contre l'hémoptisie, l'oxalate de cérium contre la toux.

Les complications laryngées ont aussi eu leur part de nouveautés. Contre la congestion de la muqueuse, scarifier celle-ci ; s'il y a sténose du larynx, faire la trachéotomie ; enfin, il y a le grattage. Localement on applique le menthol et l'acide lactique qui détruisent sur place le bacille tuberculeux.

M. Chéron termine par une conclusion qu'il déclare être un peu pessimiste : " Il est évident, dit-il, que l'année qui vient de s'écouler n'a guère amené de progrès dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Les médications nouvelles les plus prônées se sont montrées à peu près aussi impuissantes que leurs devancières."

Nous désirons nous tromper, mais il nous semble que l'avenir ne tient pas en réserve le traitement curatif de la tuberculose. Détruire le microbe une fois introduit dans l'organisme nous semble, entre autres choses, parfaitement impossible et ridicule, attendu que sa vitalité résiste à tous les agents microbicides donnés dans l'état de dilution convenable. Administrés à l'état concentré, ils auraient chance d'atteindre, non-seulement le bacille, mais aussi les éléments mêmes du sang. Avec M. Chéron, nous croyons plus utile et plus pratique de nous tourner vers la médication préventive, vers la prophylaxie, vers l'hygiène.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cyclopædia of the Diseases of Children, Medical and Surgical, edited by John M. Keating, M. D. Vol. II, 1 vol. in-80 Illustrated. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1889.

Ce second volume de l'intéressante excyclopédie publié par M. Lippincott traite de sujets aussi nombreux que variés. La première partie est consacrée aux maladies de la peau ; la seconde aux maladies constitutionnelles et de la nutrition ; la troisième à celles des voies respiratoires : nez, pharynx, larynx et poumons ; la quatrième traite des affections des systèmes circulatoire, hématopoietique et glandulaire, la cinquième enfin comprend les maladies des premières voies digestives : bouche, langue et machoires. Une fois de plus la réputation incontestable des auteurs qui ont collaboré à cet ouvrage établirait, à défaut d'autre preuve, l'excel-

Digitized by Google

lence de l'entreprise, mais nous avons mieux que cela. Chaque partie, chaque maladie y est traitée d'une manière spéciale, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement, et cela sous la signature de savants dont la supériorité et la compétence sont reconnues de tous.

Nous signalerons en particulier les articles suivants qui nous semblent mériter une mention spéciale : *Eczéma*, par Arthur Van Harlingar, de Philadelphie ; *maladies parasitaires de la peau*, par Henry Ashby, de Manchester ; *tuberculose*, par A. Jacobi, de New-York ; *rachitisme*, par Iles Barlow, de Londres ; *maladies des amygdales*, par Beverley Robinson, de New-York ; *tumeurs du larynx*, par Sir Morell Mackenzie ; *laryngite spasmodique* et *laryngite pseudo-membraneuse*, par W. P. Northrup, de New-York ; *pneumonie croupale*, par Frs. Minot, de Boston ; *bronchite et broncho-pneumonie*, par F. G. Marriel, de Boston ; *phthisie*, par A. Jacobi ; *désordres fonctionnels du cœur*, par J. M. Da Costa, de Philadelphie ; *maladies congénitales du cœur*, par Wm. Osler, de Baltimore. L'ouvrage est illustré de plus de 125 gravures sur bois, et de 34 planches, la plupart en couleur.

La faveur signalée avec laquelle le premier tome de l'Encyclopédie a été reçu, tant par la presse médicale que par les praticiens, nous porte à croire que ce second volume aura un accueil également favorable, et ce sera absolument mérité. Nous sommes d'avis que ceux de nos confrères qui tiennent à être *renseignés* en fait de pædiatrie ne sauraient trouver ailleurs une somme plus considérable de renseignements. Tout y est pratique : symptomatologie, diagnostic et surtout traitement. Nous avons remarqué spécialement le traitement de la bronchite, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie croupale, et le chapitre entier du rachitisme. Mais il faudrait tout citer, car tout en vaut la peine.

Les souscripteurs de l'Encyclopédie savent, au reste, que cette appréciation reste encore au-dessous de la vérité stricte, et tous, nous en somme certains, s'applaudiront d'avoir eu la bonne fortune de pouvoir utiliser un ouvrage aussi précieux.

H. E. D.

BUCK.—A **Reference Handbook of the Medical Sciences**, embracing the entire range of Scientific and Practical Medicine, and Allied Sciences, by various writers ; illustrated by chromolithographs and fine wood engravings. Edited by ALBERT H. BUCK, M.D., New-York City ; Vol. VIII. New-York. William Wood & Co., 56 & 58 Lafayette Place, 1889.

Octavo royal de VI-801 pages, avec 1 chromolithographie, 2 planches reproduites de Sappey, et 528 gravures sur bois. Cinquante-cinq auteurs différents, la plupart des spécialistes, ont contribué à écrire ce volume. Ce 8me volume est le dernier de la série, et, sauf les articles sur les Blessures,

Digitized by Google

la Fièvre Jaune et les Maladies Zymotiques qui y occupent leur rang alphabétique, il peut être considéré comme un supplément au grand ouvrage. La table alphabétique des matières, chef-d'œuvre de patience, de clarté et de précision du Dr. Stedman, occupe le quart du volume, soit 200 pages. Ce volume contient, entre autres, une étude morphologique très détaillée (avec 105 gravures) du cerveau, par le Dr. Browning; plusieurs travaux sur les Lymphatiques ; des travaux sur l'Inflammation catarrhale chronique, l'Intussusception, l'Oreille, l'Endocardite, la Hernie, les Articulations, le Larynx, la Reproduction, la Peau, le Spina bifida, la Moelle épinière, la Cystotomie suspubienne, le Système sympathique, la Terminologie, l Uterus, la Fistule vésico-vaginale, la Vision, etc., etc. Le Dr. Buck peut être fier, à bon droit, d'avoir mené à bonne fin une entreprise aussi difficile, et d'avoir accumulé une aussi grande masse de faits scientifiques, originaux et actuels. Plus de trois cents écrivains, hommes ou femmes, ont apporté leur pierre à l'édifice, tous gens d'une compétence indiscutable sur le sujet traité. Aussi convient-il de bien distinguer le *Reference Handbook* de certaines compilations tout aussi volumineuses du reste. La maison Wood a produit là un chef-d'œuvre, mais elle n'en est pas à son premier. L'ouvrage contient 34 chromolithographies, et 5,151 gravures sur bois. La partie typographique est irréprochable. Le tout ensemble est digne d'admiration.

Publications du *Progrès Médical*. Paris, 14 rue des Carmes.

Dumoret.—**Laparo-hysteropexie** contre le prolapsus utérin. (Nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus) par Paul Dumoret. Volume in-8° de 168 pages, avec 8 figures dans le texte. Prix : 3 frs 50.

Librairie Félix Alcan, 108 Boulevard St. Germain, Paris.

Des Polynévrites en general et des paralysies et atrophies saturnines en particulier, étude clinique et anatomo-pathologique par Mme Déjerine-Klumpke, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° 6 fr.

L'ouvrage est divisé en trois parties; dans la première, l'auteur fait un rapide exposé des causes étiologiques des polynévrites, il étudie le diagnostic et les modalités cliniques qui peuvent affecter les névrites périphériques, ainsi que leurs formes localisées.

La deuxième partie comprend les paralysies et les atrophies saturnines, l'étude clinique des formes localisées et généralisées de la paralysie saturnine, séméiologie et valeur diagnostique des localisations musculaires saturnines.

La troisième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique des polynévrites, à leur pathogénie, à leur pronostic et à leur traitement.

Digitized by Google

OHMANN-DUMESNIL.—A **Handbook of Dermatology,** for the use of students, by A. H. OHMANN-DUMESNIL, A.M., M.D., Illustrated, St. Louis. St. Louis Medical and Surgical Journal Publishing Co. In-16, de 167 pages orné de 34 gravures. Bon petit manuel concis et peu dispendieux.

BEAUDOIN.—**Guide medical à l'Exposition Internationale de 1889,** par Marcel Beaudoin, Paris—Bureaux du *Progrès Médical*, 14 rue des Carmes—et E. Lecrosnier et Babé, éditeurs, Place de l'Ecole de Médecine.

ROBERTS.—The **Cure of Crooked and otherwise deformed Noses,** by JOHN B. ROBERTS, A.M., M.D., Philadelphia.

BLAKISTON.—**The Physician's visiting list for 1890,** 39th year of its publication.—P. Blakiston, Son & Co., Philadelphia.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lille, 11ème année, 1888.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nécrologie.—A Montréal, M. le docteur A. J. B. ROLLAND, professeur d'otologie et de laryngologie, à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.

Universités allemandes.—Le nombre des étudiants en médecine, durant le semestre d'hiver 1888-1889, a été le suivant pour les différentes Facultés de médecine : Berlin, 1,456 ; Bonn, 317 ; Breslau, 388 ; Erlangen, 297 ; Halle, 310 ; Fribourg, 309 ; Giessen, 222 ; Gœttingue, 214 ; Greiswald, 405 ; Heidelberg, 220 ; Iéna, 213 ; Kiel, 219 ; Kœnigsberg, 244 ; Leipzig, 840 ; Marbourg, 209 ; Munich, 1,188 ; Rostock, 157 ; Strasbourg, 306 ; Tubingue, 237 ; Würsbourg, 984.—Total : 8,634, au lieu de 8,255 en 1887-1888.

Les étudiants et les juifs en Allemagne.—Le nombre des étudiants en Allemagne a doublé depuis la guerre de 1870, de sorte que le *prolétariat intellectuel*,—suivant l'expression de M. de Bismarck,—ne fait qu'augmenter. Car il est impossible de trouver des emplois ou des fonctions pour les 34,000 Allemands qui fréquentent annuellement les universités. On compte maintenant un étudiant sur 1,400 habitants. Sur les 34,118 étudiants, le tiers sont Juifs. En Autriche, on compte un étudiant sur 1,200 habitants, et 40 p. 100 de ces étudiants sont Juifs. A Vienne, la majorité des professeurs sont Juifs.

Digitized by Google

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Par suite des difficultés survenues entre les professeurs de l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal et ceux de la Faculté de médecine de l'Université Laval, signataires de l'*Union*, les cours de la Faculté ont été, le 25 novembre dernier, transportés dans les bâtisses occupées autrefois par celle-ci, Place Jacques-Cartier, et y ont été donnés régulièrement depuis cette date. La vacance de Noël, commencée le 23 décembre, se terminera le 7 janvier. Durant le second terme, les cours se donneront dans l'ordre suivant :

Physiologie et pathologie générale : prof. S. DUVAL, 8 h. a.m.
Matière médicale : prof. H. E. DESROSIERS, 9 h. a.m.
Anatomie descriptive : prof. A. LAMARCHE, 10 h. a.m.
Clinique ophtalmologique : prof. A. A. FOUCHER, 10 h. a.m.
Clinique interne : prof. A. LARAMÉE, 11 h. a.m.
Clinique externe : prof. A. T. BROSSEAU, 11 h. a.m.
Chimie : prof. N. FAFARD, 2 h. p.m.
Histologie : prof. M. T. BRENNAN, 3 h. p.m.
Pathologie interne : prof. DEMERS, 3 h. p.m.
Médecine légale : prof. S. LACHAPELLE, 4 h. p.m.
Tocologie : prof. A. DAGENAIS. 4 h. p.m.
Hygiène : prof. S. LACHAPELLE, 5 h. p.m.
Pathologie externe : prof. A. T, BROSSEAU, 5 h. p.m.
Botanique : prof. S. DUVAL, 7 h. p.m.
Anatomie pratique : prof. N. DELORME, 8 h. p.m., jusqu'au 1er mars.
Médecine opératoire : prof. A. LAMARCHE, 8 h. p.m., après le 1er mars.

VARIÉTES

Echo de l'Exposition Universelle.—MM. W. R. WARNER & CIE. ont obtenu une médaille d'argent—la plus haute récompense en ce genre—en faveur de leurs produits, comme suit :

Pilules de W. R. Warner & Cie. 1° Pour leur prompte solubilité et sécurité d'administration ; 2° Pour leur fixité et l'exactitude de leur dosage ; 3° Pour la perfection de leur enveloppe, l'homogénéité de leur composition et la division exacte de leurs ingrédients ; 4° Pour la solubilité parfaite du produit en 4 ou 6 minutes.

Pilules de quinine. Pour l'exactitude de leurs poids et la pureté de leurs ingrédients.

Sels effervescents de W. R. Warner & Cie.—1° Propriétés effervescentes supérieures ; 2° Elégance et qualités supérieures ; 3° Stabilité de leurs propriétés effervescentes telle que prouvée par un examen sévère.

C'est la 13e exposition universelle qui ait ainsi accordé une ré-

Digitized by Google

compense au mérite supérieur des produits de MM. Warner. Les médecins devraient toujours, en prescrivant, spécifier les préparations de ce nom.

Caractère chimiques de la peptone.—Une bonne peptone pour être assimilable, doit remplir les conditions suivantes:

Emploi de viande de bœuf de première qualité, sans muscle ni graisse; rejet absolu de la viande de cheval, avec laquelle on baisse le prix.

Digestion de cette viande de bœuf avec la pepsine dialysée pure, jamais par les acides seuls.

Après la digestion, la peptone obtenue doit être neutre, ne contenir ni glucose ajoutée souvent pour augmenter la densité au détriment de la quantité de viande employé, ni phosphates artificiels pour augmenter les phosphates naturels, ni chlorure de sodium ou sel marin provenant de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour la digestion de la viande, ni tartrate de soude quand on s'est servi d'acide tartrique dans le même but.

Une solution de peptone pure doit être limpide et ne pas précipiter l'acide azotique, ce qui est la conséquence d'une digestion parfaite.

La peptone Chapoteaut remplit exactement toutes ces indications: c'est à sa pureté, à sa régularité de préparation et d'action qu'elle doit d'être la seule employée dans le laboratoire de M. Pasteur pour les opérations si délicates de culture des organes microscopiques et dans tous les laboratoires de physiologie.

Au ministère de la marine, les navires qui font le service de la Cochinchine et du Tonkin doivent être, par décision ministérielle, approvisionnés de la pepsine Chapoteaut, car c'est le plus puissant moyen de nourrir les malades atteints de la diarrhée, du choléra ou du typhus: ce traitement est de beaucoup plus actif que le régime lacté.

La peptone Chapoteaut est employée sous les formes suivantes:

Poudre de peptone Chapoteaut.—Elle représente cinq fois son poids de viande de bœuf et s'emploie dissoute dans du thé, du bouillon ou du potage pour augmenter leur puissance nutritive, ou dans de l'eau pour lavements. La peptone en poudre supprime l'emploi des peptones liquides sujettes à s'altérer si elles en contiennent pas soit de l'alcohol, soit de la glycerine.

Vin de peptone Chapoteaut.—Ce vin est alimentaire par excellence; il est agréable au goût, se conserve bien et contient, par verre à Bordeaux, la peptone de 10 grammes de viande de bœuf.

Il s'emploie dans tous les cas où il est nécessaire de relever et soutenir les forces des malades, d'assurer une alimentation et une digestion régulières.

Dose: un demi verre à vin de Bordeaux après les repas.

Digitized by Google

TABLE DES MATIERES.

Abcès, pulsatiles de la région précordiale, des, 39.—traitement antiseptique des, 473.
Acide acétique en gynécologie, de l', 150.
Acné, traitement de l', 386, 498.
Aériennes, corps étrangers des voies, 591.
Albuminurie de la grossesse, traitement de l', 101, 385 —intermittente et physiologique, de l', 217—par empoisonnement par les eaux d'égouts, de l', 302—au point de vue des assurances, du pronostic de l', 630.
Alcoolique, de la paralysie, 526.
Alcoolisme, traitement de l', 271.
Alopécie, traitement de l', 47, 102, 498.
Amblyopie nicotinique, traitement de l', 47.
Aménorrhée, traitement de l', 498.
Amygdales, traitement de l'hypertrophie des, 79.
Anesthésie, obstétricale, 415.
Anesthésique, 102.
Angine, de poitrine, traitement de l', 70, 497.—scarlatineuse, traitement de l', 46.
Angiômes de la langue, des, 588.
Antiseptique de la femme, toilette, 416 —incompatibité de quelques, 640.
Antithermique, 433.
Aorte dans l'hémorrhagie post partum, compression de l', 597
Aortique, insuffisance, 580
Aphasie motrice, 382.
Ascite, chez les enfants, de l', 377, 487, —traitement de l', 607.
Association, des internes de l'hôpital Notre Dame, 183, 292, 336, 398, 454, 504, 563, 611.—médicale du district d'Iberville, 506.—médicale du Canada, 279, 336, 447, 503, 514, 567.—médicales, les, 555—medico-chirurgicale du district de Joliette, 500—pharmaceutique de la P. Q. 278, 503.
Asthme chez l'enfant de l', 268.—traitement de l', 526.
Ataxie locomotrice par la suspension, traitement de l', 162, 219.
Avortement, traitement de l', 417—emploi de l'électricité, au lieu de la curette, pour éliminer fragments de germe, 646.
Beaudoin.—Guide médical à l'Exposition Internationale de 1889.
Bibliographie, 51, 106, 165, 220, 276, 333, 444, 501, 556, 610.
Blackiston.—Physician's visiting list for 1890, the, 665
Blennorrhagie, traitement de la, 254,—nasale.—
Brennan, Dr M. T. hygiène scolaire et domestique des enfants, 17.
Brightiques, du régime alimentaire des, 34.
Bronchite, de la, 67, 127, 192.—traitement de la, 101, 108, 552.—capillaire, traitement de la, 426, 600.
Brosseau, Dr. A. T. Rétrécissements de l'urèthre, 113.—Luxations non réduites à temps, 115.
Brûlures, traitement des, 47, 541.
Bubons suppurés, traitement des, 411.
Buck.—A Reference Handbook of the Medical Sciences, 663.
Prophylaxie et traitement de la tuberculose, 659.

Cachexie de cause indéterminée, 247.
Calculs vésicaux, 303.—biliaires, traitement des, 433.
Cancer, du sein, 41, 43, 60.—du rectum, 255.—traitement du, 273.
Caractère chimique de la peptone, 667.
Catarrhe gastrique, traitement du, 160.
Cérumen, traitement du, 498.
Cerveau, paracentèse du, 255, 306, 366.
Chancre syphilitique, diagnostic du, 316.
Chancroïdes, traitement des, 112, 386.
Chloro-anémie, 582.
Chlorose, traitement de la, 124, 462, 586.
Choquette, Dr. H. E.—Encéphaloïde *versus* épithélioma, 119.
Chronique et nouvelles, 51, 109, 166, 220, 277, 335, 390, 447, 503, 556, 611.
Ciguë dans les douleurs rectales, de la, 129.
Cirrhose, traitement de la, 271.
Cocaïne dans les affections des voies urinaires, de la, 535.—empoisonnement par la, 609.
Cœur, traitement de l'hypertrophie du, 101. — De la mort par arrêt subit du, 129. — consécutives aux contusions de la région thoracique gauche, des lésions valvulaires du, 400.

Digitized by Google

Coliques hépatiques, 466.
Colite chronique, de la, 584.
Collège des M. et C. de la P. Q., assemblée du, 164, 326, 330, 387, 435, 615.
Congrès, 499, 504, 558.
Constipation habituelle chez l'enfant, traitement de la, 92, 271, 423.—dans les affections utérines, de la, 545.
Coqueluche, pathologie et traitement de la, 155.—traitement de la, 160, 291, 433, 485.
Corps étrangers des voies aériennes, 591. —des voies digestives, 307.—du vagin, 85, 148.
Correspondance, 164, 457, 510, 571.
Cors, traitement des, 272.
Coryza, traitement du, 385, 497.
Coxalgie, traitement de la, 131, 306, 412.
Croup, traitement du, 163.
Cyclopædiaof the Diseases of Childrvn, Medical and Surgical, 662.
Cystites, traitement des, 367, 553, 596.

Délire d'énormité, le, 98.
Délivrance artificielle, de la, 201, 259.
Dentition douloureuse, traitement de la, 216.
Déontologie, question de, 440.
DESROSIERS, Dr H. E.—Revue trimestrielle de thérapeutique et de matière médicale, 60, 283.—Les poisons et leurs antidotes, 169. — Clinique de thérapeutique, 561.
Diabétiques, examen clinique des, 356. —pain pour les, 552.
Diarrhée, des enfants, traitement de la, 484—matinale, la, 633.
Diarrhée tuberculeuse, 657.
Digestives, corps étrangers des voies, 307.
Diphtérie, pathologie et traitement de la, 331.—traitement de la, 607.
DUMORET.— Laparo-hysteropexie, 664.
Dyspepsie putride, traitement de la, 607.

Echo de l'Exposition Universelle, 666.
Eclampsie, traitement de l', 541.
Eclampstiques, du microbe de l'urine des, 373.
Ecthyma, traitement de l', 432.
Eczéma, infantile, traitement de l', 47, 156.—des paupières, traitement de l', 272.—traitement de l', 386.
Elixir Brown. Séquard, 442, 500.
Emanations gazeuses toxiques, 424.
Encéphaloïde versus épithelioma, 119.
Endocardite rhumatismale, de l', 295.
Endométrite, traitement de l', 479.
Enfants, traitement de la constipation habituelle chez les, 92, 271, 423—traitement de l'urticaire chez les, 102. —du rhumatisme cervical chez les, 151—de la méningite tuberculeuse chez les, 154.—traitement de la pneumonie aiguë chez les, 210.—traitement de l'asthme chez les, 268,— traitement de la pleurésie des, 314 --traitement de la fièvre typhoïde chez les, 315.—des hémiplégies des, 376.—de l'ascite chez les, 377, 487.—durée du sommeil des, 483.—traitement de la diarrhée des, 484.—traitement de la chute du rectum chez les, 552.—Tuberculose chez les, 485.—traitement du rhumatisme chez les, 552.
Engelures, traitement des, 158.
Epaules, répétée treize fois, présentations des, 476.
Ephilides, 553.
Epilepsie, traitement de l'. 69, 216.
Epithélioma secondaire des ganglions sous maxillaires, 472.
Erysipèle, traitement de l', 498.
Estomac cardiaque, de l', 462.
Etudiants et les juifs en Allemagne les 665.

Faradisation comme moyen diagnostic de l'hystérie, de la, 274.
Fibromes utérins, de leur traitement par la méthode d'Apostoli, 23.
Fièvre hystérique, de la, 36.—ganglionnaire, de la, 603.
Fœtus, action de l'opium sur le, 313,
Forceps, quand doit-on se servir du, 143, 204.
FOUCHER, Dr. A. A.--Traitement des polypes du nez : un nouveau polypotome, 5.—mycosis de l'arrière-gorge, 117.—Des Keratites, 617.
Formulaire, préparations de créosote, des, 657.
Fractures périarticulaires, de l'eau chaude dans les, 304.—intrautérines, 418.
Gastrite chronique, traitement de la, 271.
Glycérine, suppositoires de, 185.—dans la diarrhée et la chute du rectum chez les enfants, 484.--
Goutte, traitement de la, 160.
Grossesse, du chlorure de sodium dans les troubles de la, 43.—traitement de l'albuminurie de la, 101, 385.—particularité de l'utérus au début de la, 267. — hygiène de la, 474, 547—extra-utérine, de la, 644.
Haleine, fétidité de l', 160.
Hallucinations, 93.
Hanche, diagnostic des contusions de la, 538.
Hégar, le symptôme de, 477.
Hématurie, traitement de l', 498.
Hémicranie, traitement de l', 161.
Hémiplégies de l'enfance, 376.
Hémoplycie, de l', 225.

Digitized by Google

Hémorrhagies utérines, traitement des, 101, 597.
Hémorrhoïdes, puerperales, des, 209.—traitement des, 216.
Hépatique, colique, 466.—de l'insuffisance, 574.
Hernie, de la cure radicale de la, 176, 394.—étranglée, traitement de la, 195.—traitement de la, 272.
Herpès génital, traitement de l', 161, 386.
Hôpitaux, cours et dispensaires, 121, 178, 239, 289, 350, 396, 452, 625.
Hydrocèle sans injection iodée par ponction et application de collodion, traitement de l', 643.
Hygiène scolaire et domestique des enfants, 17.—de la femme enceinte, 474, 547.
Hypertrophie du cœur, traitement de l', 101.
Hystérie, de la faradisation comme moyen de diagnostic de l', 274.— de la misère comme agent provocateur de l', 525.
Hystérique, de la fièvre, 36.

Ictère, catarrhal, traitement de l', 72.—fébrile aigue, de l', 355.
Impétigo, traitement de l', 159.
Impuissance virile, 360.
Incompatibilité de quelques antiseptiques, 640.
Indications thérapeutiques dans la rougeole, des, 655.
Injection Brou, 216.
Insomnie, traitement de l', 385.
Intestinale, occlusion, 82.
Iodoforme dans le traitement de brûlures, de l', 541.
Kératites, des, 617.
Kolpo-cystotomie, 505.
LACHAPELLE, Dr S.—Revue de pædiatrie, 12, 174, 236, 281, 348, 395, 449, 622.
LAMARCHE, Dr A.—Anomalie du rein, 57.
Langue, des angiomes de la, 588.
Laval, université, 278, 391, 503, 555, 557.
Ligatures au catgut, 590.
Luxations non réduites à temps, 115.
Lymphangite mammaire des nouvelles accouchées, traitement de la, 481.
Lympho-sarcome du cou, 83.

Maladie kystique de la mamelle, 194.
Mammaire, traitement de la lymphangite, 481.
Massage de, 646.
MARCIL, Dr. C. V.—Cure radicale des hernies, 393.
MARCIL, Dr. D.—Kolpocystotomie, 505.
Médecine, licence pour l'exercice de la, 337.
Médecin, par son confrère, remplacement du, 48.—et pharmacien, 50.
Médicaments, influence du mode d'administration sur l'action des, 608.
Méningite tuberculeuse, chez les enfants de moins de deux ans, de la, 154.—chez l'adulte, de la, 242.—arthrite aiguë du genou comme signe avant-coureur de la, 402.—diagnostic différentiel de la, 484.
Mercurielles dans la syphilis, technique de frictions, 493.
Métrorrhagie, traitement de la, 161, 648.
MITIVIER, Dr. M. M.—Sein cancéreux chez une femme enceinte, 60.—Cure radicale de la hernie, 176.—Correspondance parisienne, 510, 571.
Mort subite, par arrêt du cœur, de la, 129.—puerpérale, 207; chez les enfants à la mamelle, de la, 655.
Morue, mixture pour remplacer l'huile de foie de, 65.
Mycosis de l'arrière-gorge, 117.

Naissances, 56, 504.
Nécrologie, 222, 278, 336, 392, 557, 611, 665.
Néphrite consécutive à la varicelle, de la, 215.
Nerveux, consécutifs aux accidents de chemin de fer, phénomènes, 362.
Névralgie, traitement de la, 161.
Nez, traitement des polypes du, 5.
Nicotinique, traitement de l'amblyopie, 47.

Obstétricale, trois cas de pratique, 369.
Occipito-postérieures, accouchement dans les, 138.
Occlusion intestinale d'origine néoplasique, 82.
OHMANN DUMESNIL.—A Handbook of Dermatology, 665.
Ombilical, procidence du cordon, 264.
Ongles, décollement des, 474.
Opération de Phelps, 640.
Opium, son action sur le fœtus, 313.
Ordonnances, les remises sur, 103.
Ostéites typhoïdiques, 470.
Ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, 200.
Ostéomyélite, juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, de l', 196.—des adolescents, 538.
Ostéopériostite du radius, 468.
Otalgie, traitement de l', 385.
Oxalurie, traitement de l', 244.
Ozène, traitement de l', 272, 595, 607.

Papier antiseptique, 434.

Digitized by Google

Paralysie, faciale des nouveau-nés, 153. —alcoolique, 526.
Peau, traitement des affections bulleuses de la, 487.
Pædiatrie, revue de, 12, 174, 236, 281, 348, 395, 449, 622—traitement de la diphthérie de la, 650.
Pelvipéritonite plastique, traitement de la, 553.
Péterson, accidents par le ballon de, 38.
Phelps, opération de, 640.
Phlébite crurale, traitement de la, 101.
Phlegmon diffus de l'aisselle, 76.
Phtisie, traitement de la, 607.
Pied bot, du, 363.
Pilule pour remplacer la poudre de Dover, 102.
Pityriasis, traitement du, 553.
Placenta prævia, traitement du, 264.
Plaies, leur réunion à l'air libre, 75.
Pleuraux, diagnostic de la quantité des épanchements, 404
Pleurésie, et kyste ovarien, 192.—infantile, 314, 553.--du traitement antiphlogistique au début de la, 519.—traitement de la, 552.
Pneumonie, aigue, des enfants, traitement de la, 210.—du traitement antiphlogistique au début de la, 519.
Poisons et antidotes, 169.
Polyadénites cervicales, traitement chirurgical des, 134.
Polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier, des, 664.
Polypes, du nez, traitement des, 5.—de l'urèthre, 598.
Polypotome, un nouveau, 5.
Poudre de la peptone Chapoleaut, 667.
Pouls lent permanent et urémié, 71.
Prévost Dr L. C.—De l'hémoptysie 225.
Pronostic de l'albuminerie au point de vue des assurances sur la vie, du, 630.
Prostate, traitement de l'hypertrophie de la, 249.
Prurit, anal et vulvaire, traitement du, 216.—cutané, traitement du, 553.
Ptyalisme, traitement du, 271, 552.
Puerpérale, de l'infection, 308, 477.
Purpura, du, 430.

Rachis, courbures latérales pathologiques du, 256.
Radius, ostéo-périostite du, 468.
Raideurs articulaires, les, 635.
Rectales, de la cigue dans les douleurs, 127.
Rectum, cancer du, 255.
Réflexe tendineux, dans l'état de santé et de maladie, du, 35.—importance de la recherche des, 298.
Rein, anomalie du, 57.—Symptômes avant-coureurs de lésions graves des, 245.—examen chirurgical du, 305.
Rétention des débris de membranes et de placenta après la fausse couche et l'accouchement, 645.
Réunion immédiate des plaies, de la, 77.
Rhinite, traitement de la, 434, 497, 498.
Rhumatisme, cervical chez l'enfant, du, 151.—Méfaits du, 353.—Traitement du, 385, 433.—chez l'enfant, traitement du, 552.
Roberts.—The Cure of Crooked and otherwise deformed Noses, 665.

Scarlatineuse, traitement de l'angine, 46.
Sciatique, traitement de la, 433.—de la, 523.
Sein, cancer du, 41, 43, 60.—traitement de l'adiposité des, 84.
Septicémie puerpérale, de la, 477.
Société de Médecine pratique de Montréal, 28, 66, 123, 181.
Sodium, dans les troubles de la grossesse, du chlorure de, 43.
Sommeil, attaque de, 73.—chez l'enfant,
Stérilisation du lait pour la nourriture des enfants, de la, 655.
durée du, 483.
Sueurs nocturnes, traitement des, 161.
Suppositoires de glycérine, 185.—intra-utérins, 272.
Surmenage physique, du, 604.
Syphilis, rénale et cérébrale, 318.—par conception, 319.—pulmonaire, 324.—et tuberculose, 489. — frictions mercurielles dans la, 493.—héréditaire, symptômes précoces de, 496.
Syphilitique, diagnostic du chancre, 316.

Taille hypogastrique, de la, 37.
Tamponnement intrautérin, 265.
Taxis, moyen de, 307.
Tétanos, traitement du, 535.
Tics et tiqueurs, 378.
Thérapeutique, et matière médicale, revue trimestrielle de, 61, 283.—Clinique de, 561.
Torticolis, du, 402.
Tourniole, pathogénie et traitement de la, 134.
Toux, opiniâtre, traitement de la, 434. —brightique, traitement de la, 434. —d'origines variées, 468.
Tranchées utérines, des, 378.
Travail, durée héréditaire du, 45.
Trépanation, de la, 255.
Tuberculose, pneumonique, de la, 458.—dans l'enfance, de la, 485.—et syphilis, 489 — pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax, de la, 628.

Digitized by Google

Tumeurs de la vessie, diagnostic des, 529.
Typhiques par l'eau bouillante, désinfection des selles, 106.
Typhoïde, traitement de la fièvre. 186—diagnostic de la fièvre, 189.—chez l'enfant, traitement de la fièvre, 315.
Typhoïdiques, ostéites, 470.

Universités allemandes, 665.
Université Laval, Montréal, l', 666.
Ulcérations du col de l'utérus, des, 649.
Ulcères, traitement des, 272.
Urémie, à forme gastro-intestinale, 30.—et pouls lent permanent, 71.
Urèthre, retrécissements de l', 113.—traitement par l'électrolyse, 367.
Urinaires, de la cocaïne dans les affections des voies, 535.
Urine, bacteries dans, 188.—dans les fièvres, de la rétention, 297.— par rétrécissement cicatricial consécutif à la rupture de l'urèthre, retention d', 408.
Urticaire des enfants, traitement de l', 102.
Utérus, au début de la grossesse, particuliarité l', 267.—traitement de la constipation dans les affections de l', 545.—traitement du catarrhe de l',546—massage de l', 646.

Vagin, corps étrangers du, 85, 148.
Vaginisme, du, 543.
Vaginite aiguë, traitement de la, 477.
Varicelle, néphrite consécutive à la, 215.
Varices traitement des, 161.
Varicocèle, opération pour, 365.
Variétés, 54, 110, 167, 223, 391, 448, 559.
Verrues, traitement des, 272.
Vessie, calcul de la, 303.—diagnostic des tumeurs de la, 529.
Vin de peptone Chapoteaut.
Vomissements, traitement des, 160, 433.

Yeux des bebés, les, 484.

COLLABORATEURS

AU XVIIIe VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

BRENNAN, M. T., M.D., Montréal.
BROSSEAU, A. T., M.D., Montréal.
CHOQUETTE, H. E., M.D., St Hilaire.
DESROSIERS, H. E., M.D., Montréal.
FOUCHER, A. A., M.D , Montréal.
LACHAPELLE, S., M.D., St Henri.
LAMARCHE, A., M.D., Montréal.
MARSIL, C. V., M.D., St Eustache.
MARSIL, D., M.D., St Eustache.
MITIVIER, M. M., M.D., Holyoke, Mass.
PRÉVOST, L. C., M.D., Ottawa.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

2 gal
125+

Digitized by Google

3 2044 103 008 7

Digitized by Google